

# Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 109

10 de abril de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

**MESA REDONDA: Dónde invertir**

## Oportunidades para ganar

Pág. 40



**ADEMÁS**

**Chequeo Industria**

**NOVARTIS**

(Ver págs. centrales)

(Ver ficha técnica en pág. 24)

# Oleada de **POTENCIA**

**NUEVO**

**DAFIRO** es el nuevo producto para la hipertensión arterial que **reduce la PA.**<sup>1,2,3</sup> **DAFIRO** ha demostrado **reducciones de hasta 43 mmHg PAS.**<sup>1,2,3</sup> En Esteve seguimos buscando soluciones para la HTA.



**DAFIRO**

amlodipino / valsartan

## 40 MESA REDONDA

Dónde invertir:  
oportunidades para ganar

Los expertos convocados por MEDICAL ECONOMICS para debatir acerca de dónde invertir en estos tiempos de recesión económica aseguran que cuando se hace dinero es, precisamente, en tiempos de crisis. Pero, en general, y para un inversor conservador y con vistas a un año, coinciden en que ahora no es el momento de arriesgar el dinero. Y, como los ahorros no deben quedar inmóviles, hay que buscar productos que ofrezcan seguridad más que rentabilidad.

CHEQUEO INDUSTRIA:  
NOVARTIS

## 25 Comprometidos con la salud

Uno de cada cuatro españoles es tratado, al menos una vez al año, con productos fabricados por Novartis. La compañía, en 2008 incrementó sus ventas un 4 por ciento, y un 9 por ciento sus inversiones en I+D+i, a pesar de la recesión económica.

## PRÁCTICA PROFESIONAL

## 41 Esposa, médico y madre

Muchas mujeres tienen que dividir su vida entre su trabajo y el cuidado de sus hijos. Por ello un buen número optan por una jornada parcial, en lugar de la habitual a tiempo completo. Descubra cómo afectó a nuestras protagonistas el cambio.

Medicina Económica  
Chequeo  
a la IndustriaComprometidos  
con la salud

Novartis es uno de los compañías líderes en el cuidado de la salud, que se ha fijado desde sus inicios, sus estándares y rigurosos niveles críticos para el desarrollo de sus actividades. Se gestionan responsable y fundamentada en los pacientes, sus empleados y comunidades, un comportamiento ético, y la protección del medio ambiente. En nuestro país más de 10 millones de personas (más de cada cuatro) son tratadas con productos Novartis.

NOVARTIS

25



41

# V Convocatoria

## PREMIOS DE INVESTIGACIÓN A LOS MEJORES TRABAJOS DE MEDICINA TRASLACIONAL

*La FUNDACIÓN HOSPITAL de MADRID convoca dos premios al mejor trabajo de investigación, con el deseo de reconocer la labor científica desarrollada en los distintos ámbitos de la Medicina Traslacional.*

**LAS ÁREAS PREFERENTES SON:** Cardiovascular, Neurociencias y Oncología.

**PLAZO DE INSCRIPCIÓN:** Hasta el 15 de mayo de 2009

**DOTACIÓN ECONÓMICA:** 6.000€ por cada premio



Bases de la convocatoria en:  
[www.fundacionhm.com](http://www.fundacionhm.com)  
e-mail:  
[secretaria@fundacionhm.com](mailto:secretaria@fundacionhm.com)  
o en el teléfono 91 267 50 04

HOSPITAL  
**M<sup>de</sup>DRID**  
FUNDACIÓN

## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaría de redacción

Cristina García Blanco  
medeconomics@drugfarma.com

### Traducción

Laura Piperno

### Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

### Producción

José Luis Águeda Juárez

### Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez  
b.rodriguez@spaeditores.com

### Publicidad Barcelona

Marta Blázquez  
mblazquez.spa@drugfarma.com

### Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

Manuel Jurado  
Tel.: 91 500 20 77  
suscripciones@drugfarma.com

Tarifa ordinaria anual	113 €
Tarifa instituciones anual	140 €
Ejemplar suelto	6 €
Ejemplar atrasado	9 €


Precios válidos para España, IVA incluido

**Fotomecánica e impresión:**  
Litofinter Industria Gráfica

© 2009

**Spanish Publishers  
Associates, S. L.**

Antonio López, 249-1º Edif.  
Vértice  
28041. Madrid.  
Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075  
E-mail: spa@drugfarma.com  
Numancia, 91-93. 08029.  
Barcelona  
Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345  
ISSN: 1696-61-63  
D.L.: M-35829-2003  
S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por 

## ACTUALIDAD

5 **Mi punto de vista**

10 **Profesión/Finanzas**

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

14 **Economía de la Salud**

Las agencias de evaluación  
de tecnologías sanitarias

16 **Gestión Profesional**  
Construyamos una fundación

18 **Gestión de Calidad.  
Enfermería**  
La asistencia al paciente inmigrado

20 **Tribunales**  
Colocación defectuosa de implantes  
dentales

22 **Capital Riesgo**  
Estrategias de salida

48 **Renta 2009 (II)**

## Y ADEMÁS...

6 **La Lanceta**

8 **Atención al paciente**

53 **Tres de últimas**



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que es el momento  
de invertir en Bolsa?

Participe a través de nuestra web:  
[www.medeco.es](http://www.medeco.es)

\* Los resultados serán publicados en números  
posteriores de Medical Economics



## ENCUESTA EXCLUSIVA

Medical Economics le anima a participar a través de [www.medeco.es](http://www.medeco.es) en la encuesta sobre la economía de las consultas privadas, para obtener el perfil del médico con ejercicio privado.

## CURSOS ON LINE

- **Principios de la Cura en Ambiente Húmedo**
- **Antisepsia y Desbridamiento**

Medical Economics organiza, con el patrocinio de Salvat, dos cursos especialmente dirigidos al profesional de Enfermería y centrados en aspectos actualizados sobre la atención integral de las heridas. Para participar conecte con: [www.medeco.es](http://www.medeco.es)

## SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web: [www.medeco.es](http://www.medeco.es)



Las secciones Golf y Las tres de últimas se han elaborado con la colaboración del Grupo Nuevo Lunes.

MEDICAL ECONOMICS no hace necesariamente suyas las opiniones vertidas en los artículos firmados.

MEDICAL ECONOMICS Edición Española es una publicación de Spanish Publishers Associates (SPA) Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid, editada en colaboración con Advanstar Medical Economics.

© Copyright 2009 Advanstar Communications Inc. All rights reserved. Medical Economics is a trademark belonging to Advanstar Communications Inc., located in Duluth, Minnesota, USA. Published under license.

© Copyright 2009 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

## Editorial

### Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitales

### Margarita Alfonso Jaén

Secretaria General de Fenin

### José Luis Álvarez-Sala Walther

Jefe de Servicio de Neumología Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

### Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones United Surgical Partners

### Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmindustria

### Joan Josep Artells i Herrero

Director Fundación Innovación, Salud y Sociedad

### Mariano Avilés Muñoz

Farmaceutario Abogados y Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico

### Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección Instituto de Salud Carlos III

### José María Barahona Hortelano

Catedrático de Oftalmología. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca

### Antonio Bartolomé Sánchez

Presidente Federación Española de Clínicas Privadas

### Carlos Belmonte Martínez

Director Instituto de Neurociencias de Alicante

### Miquel Bruguera i Cortada

Presidente Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

### José María Campistol Planas

Jefe de Nefrología y Trasplante Renal Hospital Clínico de Barcelona

### Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

### Miguel Carrero López

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

### Enrique Catalán López

Consejero Ejecutivo de Xanit

### Ana Céspedes Montoya

Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

### Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

### José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

### Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

### Jaime del Barrio Seoane

Presidente del Instituto Roche

### Manuel Díaz-Rubio García

Presidente Real Academia Nacional de Medicina

### José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

### Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

### José Fernández-Vigo López

Director Médico Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

### Carles Fontcuberta Sarrau

Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

### Francisco Vicente Fornés Úbeda

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

### Abelardo García de Lorenzo y Mateos

Jefe Clínico Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitario La Paz (Madrid)

### José Ángel García Rodríguez

Presidente Sociedad Española de Quimioterapia

### Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico Clínica Medinorte de Valencia

### José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

### Leandro Herrero

Presidente The Chalfont Project, Londres

### Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología Fundación Jiménez Díaz de Madrid

### Héctor Jausás Farré

Socio Director de Jausás Abogados

### Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

### Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico Dirección General de Farmacia

### Diego López Llorente

Presidente de Club Médico

### Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario

### José Manuel López Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

### Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales Chiesi España

### Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

### Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

### Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

### Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

### Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

### Vicente Moya Pueyo

Catedrático Emérito Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria UCM

### Regina Múzquiz Vicente-Arche

Directora de Relaciones Institucionales Sanofi-Aventis

### César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología Facultad de Farmacia UCM

### José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología Hospital La Zarzuela, Madrid

### Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

### Federico Plaza Piñol

Director General de la Fundación AstraZeneca

### Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas Merck Sharp & Dohme España

### José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria Hospital Clínico San Carlos, Madrid

### Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad PricewaterhouseCoopers

### Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

### Cristina Roldán F. de Gamboa

Directora de Asuntos Regulatorios y Científicos de Allergan

### Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

### Emilia Sánchez Chamorro

Dirección de Desarrollo Profesional y Estratégico Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

### Eugeni Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales Laboratorios Dr. Esteve

### José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid

### Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente Asociación Española de Derecho Sanitario

### Javier Subiza Garrido-Lestache

Director Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

### Luis Truchado Velasco

Director EuroGalenus-Executive Search Consultants

### Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad de Valores

### Luis Verde Remeseiro

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

## Expertos

### Gestión Profesional

#### Felipe Chavida García

Médico de Familia Presidente de Idepro

#### Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho Ambiental

#### Jose María Martínez García

Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad

#### Charo Vaquero Ruipérez

Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

### Derecho/Malpraxis

#### Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario Facultad de Medicina UCM

#### Ricardo de Lorenzo y Montero

Bufete De Lorenzo Abogados Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

#### Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Área Jurídico Contencioso Bufete De Lorenzo Abogados

### Impuestos/Finanzas

#### Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia Renta 4 Sociedad de Valores

#### José Ignacio Alemany

Socio Director Bufete Alemany Escalona & Escalante

### Capital Riesgo

#### Luis G. Pareras

Médico Gerente Incubación Proyectos Empresariales -MediTecnología, Barcelona

### Nuevas Tecnologías

#### Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información Hospital General de Ciudad Real

#### Oscar Gil García

Gerente de Sanidad PricewaterhouseCoopers

### Atención al Paciente

#### María Dolores Navarro

Subdirectora Fundación Biblioteca Josep Laporte. UAB

# Mi punto de vista

## Medicina del Trabajo, la gran desconocida

**H**ace unos meses, leí en MEDICAL ECONOMICS un artículo de Gonzalo San Segundo en el que hablaba de “Los otros médicos”, se trataba de algunos colectivos de médicos cuya actividad resultaba o bien desconocida o poco conocida para muchos sectores de la sociedad y también para muchos colegas médicos. Dentro del grupo de esos “otros médicos” nos encontramos los Especialistas en Medicina del Trabajo, los Diplomados en Medicina de Empresa y muchos otros médicos que desarrollan su actividad profesional, tanto preventiva como asistencial, en el cuidado directo o indirecto de los trabajadores, igual en la empresa que en las mutuas, los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, etc.

La actividad que realiza este importante colectivo de médicos del Trabajo, es para muchas personas e incluso para muchos médicos una gran desconocida. Desde estos servicios médicos se presta una asistencia a los trabajadores en el lugar de trabajo, con un importantísimo ahorro de tiempo de trabajo perdido para la empresa, en desplazamientos fuera del trabajo para buscar asistencia médica; acortamiento en los tiempos de espera para visita por el médico o asistencia del enfermero para los trabajadores, ya que esta es prácticamente instantánea y también en la colaboración en la descongestión de los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud de las distintas autonomías, especialmente en aquellas que se tiene regulado el uso de recetas oficiales, hojas de interconsulta y de petición de pruebas complementarias.

La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), es una sociedad científica fundada en 1955 y constituida por una federación

de sociedades autonómicas que agrupa a más de 3.000 profesionales de la Medicina del Trabajo y de la Prevención de Riesgos Laborales, la más numerosa de nuestro país. Nuestra especialidad se está enfrentando en la actualidad a algunos retos muy importantes y desde la Presidencia y la Junta Rectora de la SEMST vamos a intentar afrontarlos, de una forma decidida, para superarlos con éxito.

En estos tiempos de crisis económica, esperemos que coyuntural, que afecta a nuestro país y a gran parte de los países industrializados, nuestra especialidad está atravesando unos momentos delicados. La crisis económico-financiera mundial está produciendo una desaceleración en el crecimiento industrial, llegando incluso a la recesión, que afecta a casi todos los sectores de la sociedad. En este contexto tan complicado, nos podemos encontrar que desde las empresas se intente ahorrar en lo que nunca se deberían escatimar esfuerzos ni recursos, que es en la salud de los trabajadores y en la prevención de los riesgos laborales. Para conseguir este ahorro, se tendría que contar con la benevolencia en aplicar la legislación vigente, por parte de los poderes públicos.

Desde la SEMST, vamos a estar vigilantes e incluso beligerantes, si fuese preciso, en que no se produzcan situaciones que puedan menoscabar la actuación de los profesionales que desarrollamos nuestra actividad en el mundo del trabajo, para evitar los perjuicios que esta disminución de actuaciones pueda producir en la salud y seguridad de los trabajadores.

También vamos a seguir insistiendo en dos objetivos que nos hemos planteado desde la Junta Rectora de la SEMST y que son el solicitar de la Administración el incremento en el nú-



Francisco V. Fornés Úbeda\*

mero de plazas MIR ofertadas para la formación de médicos del Trabajo, para que se puedan cubrir las necesidades existentes y reglamentadas en un plazo razonable de tiempo. En la actualidad se ofertan 129 plazas al año y existe una necesidad de más de 10.000 titulados, como sólo hay 6.800 titulados, para cubrir las necesidades existentes y cumplir la normativa de ratio trabajadores ocupados/médicos del trabajo, se necesitaría que se ofertaran unas 550 plazas de formación MIR cada año, durante seis años. El sistema necesita este número de titulados y lo puede absorber perfectamente. Otro aspecto de este problema es la financiación de la formación especializada, que únicamente en esta especialidad, no se financia la formación como en el resto de especialidades, corriendo a cargo de las mutuas de accidentes de trabajo y de los Servicios de Prevención. Otro de los objetivos que nos hemos propuesto en esta etapa es intentar que en la formación pregrado de la Licenciatura en Medicina, se incluya en el programa docente de todas las facultades de Medicina la asignatura de Medicina del Trabajo, ya que ahora sólo está incluida en unas pocas. ■

\*Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo.

# La Lanceta

## Déficit y excesos



Gonzalo San Segundo\*

¿Cuántos médicos hay en España? ¿Y cuántos en cada comunidad autónoma? Nadie lo sabe a ciencia cierta, mejor dicho, nadie se pone de acuerdo en la cifra. Mientras no haya un registro de profesionales, cualquier cifra que se dé será deficitaria o excesiva, dependiendo del color del cristal de la calculadora. Para no aburrir al paciente lector, me abstengo de recordar las cifras que unos y otros públicamente manejan. Pero no me resisto a decir que con el déficit de médicos, tan traído y llevado, se está haciendo un flaco servicio a la solución del problema.

Una solución que se pretendía con la realización de un informe, cuya reciente presentación en público se revistió de auténtico acontecimiento, y que ha contribuido, lejos de su finalidad, a enturbiar más la situación y encrespar la dialéctica de muchos expertos y algunos consejeros de Sanidad. *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)* se titula el informe de marras, de 170 páginas y no sé cuántos meses de elaboración, ejecutado por los mismos autores que en 2006 suscribieron otro similar y que las circunstancias (demografía, contratación de médicos extranjeros, asunción de médicos en paro), dicen ellos, dejó obsoleto o desfasado.

Las autoras: doctoras Patricia Barber y Beatriz González, de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, han hecho su trabajo, señalando algunas carencias importantes (como la ausencia ya apuntada de un registro estatal de médicos) y sacando sus conclusiones. Entre ellas, que “no parece que globalmente el déficit actual de especialistas sea preocupante”. Y cifran dicho déficit, el real, en el 2 por ciento de los médicos especialistas en activo, o sea, unos 2.800 facultativos. La verdad, muchos no se lo creen, piensan que es mucho mayor.

En mi modesta opinión, el problema de tanta imprecisión y confusión radica

precisamente en el adverbio “globalmente”. España, en conjunto, sale bien parada de entre los países de la Unión Europea en cuanto al *ratio* de médicos por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, todo indica que, si esa relación se aplicase a cada comunidad autónoma, las cuentas serían otras, porque *Spain is different*. Y es que ahí radica, precisamente, el *quid* de la cuestión.

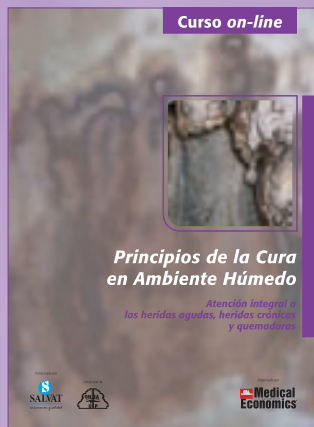
La mayor parte del informe se basa en datos, cuadros, estadísticas, comparaciones y observaciones en el ámbito nacional, tanto respecto a los profesionales como a las especialidades médicas. Y cuando las autoras del mismo descienden a la realidad autonómica (esa diferencia que tanto nos marca, para bien y para mal, en los déficits y en los excesos), ésta se les muestra incompleta, deficiente o simplemente ausente. Por ejemplo, ocho comunidades autónomas decidieron no colaborar con las autoras del informe respecto a la necesidad de especialistas, entre ellas, Andalucía, Castilla y León y Cataluña; y otras seis en cuanto al déficit de médicos, entre ellas Madrid, País Vasco y Valencia. Sin el concurso de un tercio de la población del país, ¿se pueden sacar conclusiones válidas para toda España en esos aspectos?

El déficit está ahí, pero no lo conocemos. ¿Y los excesos? Veamos. Isacio Siguero: “Sanidad quiere un banquillo de 25.000 médicos”. Bernat Soria pide urgentemente a su colega Cristina Garmendia 7.000 estudiantes de Medicina más el próximo curso y las facultades dicen que nones. Y Juan José Rodríguez Sendín y Miguel Ángel García Pérez (CESM) cuestionan severamente las cifras del reiterado informe.

Así está el patio. Y lo que queda por barrer. ■

\*Director asociado de *Medical Economics*.

Para contactar: gonzalosan@sansegundo.e.telefonica.net



## Principios de la Cura en Ambiente Húmedo

Atención integral a las heridas agudas, heridas crónicas y quemaduras

### Temario

#### Unidad 1

Piel. Aspectos generales del cuidado  
Úlceras por Presión (UPP)

#### Unidad 2

Úlceras Vasculares  
(UV)  
Pie Diabético

#### Unidad 3

Quemaduras

### Coordinadores científicos

#### Justo Rueda

Enfermero de Atención Primaria. CAP Terrassa Nord.  
Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.

#### Luis Arantón

Enfermero. Supervisor de Calidad del Área Sanitaria de Ferrol.  
A Coruña.

#### Esther Armans

Enfermera. Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Clínico de Barcelona.

#### Josep M. Petit

Enfermero. Unidad de Quemados.  
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

#### Xavier Teixidó

Enfermero. Unidad de Quemados.  
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.



## antiseptia y desbridamiento

### TEMARIO

Unidad 1 Antisépticos

Unidad 2 Desbridamiento

### COORDINADOR

**Justo Rueda**

Enfermero de Atención Primaria  
CAP Terrassa Nord (Barcelona)  
Miembro Director del GNEAUPP

### AUTORES

**Raúl Capillas.** Enfermero. Adjunto de Enfermería ABS Sant Josep, L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

**Fernando Martínez.** Enfermero. Vicepresidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Miembro Director del GNEAUPP. Miembro del Instituto de Investigación Clínica en Heridas Crónicas. Director del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores La Vega Mieres (Asturias)

**José Luis Micó.** Enfermero del Hospital Arnau de Vilanova (Lleida). Supervisor de Calidad e Higiene Preventiva

**Jesús Portas.** Enfermero del Centro de Curas de Úlceras Vasculares, Fontcoberta (Gerona)

**Justo Rueda.** Enfermero de Atención Primaria. CAP Terrassa Nord (Barcelona). Miembro Director del GNEAUPP

**Teresa Segovia.** Enfermera. Miembro Director del GNEAUPP. Supervisora de la Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid)

**Jorge Vázquez.** Facultativo Especialista de Área del Hospital de León. Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Miembro del Capítulo Español de Flebología

Con el aval de



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continua del Ministerio de Sanidad y Consumo

Patrocinado por



ABIERTO EL PLAZO DE INSCRIPCIÓN  
ya puede inscribirse a través de la página web:

[www.medeco.es](http://www.medeco.es)

donde encontrará información adicional sobre este curso.

Federación de Diabéticos Españoles (FEDE)

## Casi cuatro millones de españoles son diabéticos

*La Federación de Diabéticos Españoles (FEDE) trabaja para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen diabetes. En nuestro país son ya casi cuatro millones las personas que padecen la enfermedad, y se estima que en 2030 habrá en el mundo 366 millones de diabéticos.*

Por Cristina García Blanco

**L**a Federación de Diabéticos Españoles (FEDE) agrupa a 168 asociaciones de todas las comunidades autónomas, representando por tanto, a los casi cuatro millones de españoles que padecen diabetes.

Entre los principales objetivos de FEDE destacan, contribuir a la ayuda moral, física y educativa al colectivo diabético; fomentar y promocionar la educación sobre la diabetes en el ámbito social, familiar, laboral y escolar; promover la mejora de la asistencia sanitaria; desarrollar actividades sanitarias y sociales; promover y fomentar el interés y desarrollo de la investigación; defender los derechos de las personas con diabetes y lograr una plena integración en la sociedad; promover y desarrollar acciones para mejorar la información y la calidad asistencial de la persona con diabetes; impulsar y desarrollar acciones para mejorar su situación y ambientación familiar y social; e informar, orientar, coordinar y representar a los miembros de FEDE ante la Administración del Estado y las organizaciones internacionales.

Existen tres tipos de diabetes: la diabetes tipo 1, que generalmente se diagnostica en la infancia, pero muchos pacientes son diagnosticados cuando tienen más de 20 años; la diabetes tipo 2, más común que el tipo 1 y corresponde a la mayoría de los casos de diabetes, y se presenta en la edad adulta; y por último la diabetes gestacional, que consiste en la presencia de altos niveles de glucemia durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes.

La diabetes es una enfermedad que tiene características epidémicas: se estima que en 2030 habrá, en el mundo, 366 millones de personas con diabetes, de las que cerca del 90 por ciento se corresponden con dicha categoría tipo 2.

En el cuidado de la diabetes tipo 2 no sólo se trata de vigilar su glucosa en sangre, sino también de mantener unas cifras adecuadas de presión arterial y colesterol, deshabituarse a los fumadores, potenciar el ejercicio físico, fomentar una dieta adecuada, y estar alerta ante la aparición de posibles complicaciones. En el ámbito hospitalario únicamente se encargan de los diabéticos tipo 1 en tratamiento con insulina y de algunos casos tipo 2 por lo que se insiste en la importancia de los médicos de Atención Primaria en el cuidado de la diabetes, ya que se encargan de controlar a estos pacientes en un 90 por ciento de los casos.

Las previsiones mundiales sobre el avance de esta enfermedad se han sobrepasado con creces, y ya se ha llegado a la incidencia del 10 por ciento prevista para 2011. Aún hoy existen muchos interrogantes por resolver. La línea de investigación de mayor interés científico trata de encontrar respuesta principalmente a dos cuestiones: qué provoca la diabetes y cómo se desencadena. Por otro lado, y una vez conocida la causa, ¿se podrá encontrar la forma de curarla? Éste es el gran reto. Conforme se avanza en el conocimiento de las causas, se pone de manifiesto que son varios los factores que la originan y que se comporta y evoluciona de diferente manera según los casos, por lo que los científicos hablan de la existencia de varias diabetes.

Los tres pilares de la lucha contra la diabetes son la alimentación, el ejercicio físico y el tratamiento. Años de campañas de concienciación, han advertido de que hay que comer bien y sano. Parece que lo que no ha calado tanto en la sociedad es la necesidad de hacer deporte para que los beneficios de esos buenos hábitos tengan un complemento ideal. ■

» La Federación de Diabéticos Españoles (FEDE) agrupa a 168 asociaciones representando por tanto, a los casi cuatro millones de españoles que padecen diabetes.

» Los médicos de Atención Primaria se encargan de controlar a los pacientes con diabetes tipo 2 en un 90 por ciento de los casos.

## “Esperamos que en un futuro próximo pueda haber curación para la diabetes”



Ángel Cabrera

*Presidente de la Federación de Diabéticos Españoles desde hace poco más de un año, Ángel Cabrera lucha para defender los derechos e intereses de las personas con diabetes.*

SECCIÓN  
PATROCINADA POR:



**PREGUNTA:** ¿Cree que la sociedad está suficientemente concienciada de la importancia de esta enfermedad?

**RESPUESTA:** La diabetes – pese a su prevalencia – es una gran desconocida de la sociedad en general y del más del 70 por ciento de las personas con diabetes tipo 2. Esto quiere decir que desde las administraciones sanitarias no se están haciendo los esfuerzos suficientes para darla a conocer a la sociedad, sobre cómo prevenirla o retrasarla. En el otro extremo, cuando ya ha sido diagnosticada, falta información sobre cómo llevar un buen control metabólico. Es de vital importancia la difusión y la implicación de todas las administraciones sanitarias para concienciar e implicar a los ciudadanos, informándoles sobre las consecuencias que la diabetes tiene asociadas, tanto en coste humano como económico.

**P. ¿Cuáles son las principales actividades que organiza la Federación?**

**R.** Las principales actividades que realiza la FEDE están encaminadas a la formación diabetológica, la defensa de los derechos e intereses del colectivo diabético, la realización de determinaciones de glucosa para detectar la diabetes en etapas primarias y dar a conocer a la sociedad las características de la diabetes. También estamos presentes en foros donde se discute sobre diabetes, en particular y sobre salud, en general.

**P. ¿Qué papel juega FEDE en la vida de los pacientes?**

**R.** Como ejemplo de las actividades directas se pueden enumerar las siguientes: representación del colectivo diabético a nivel nacional e internacional ante estamentos públicos y privados; reivindicaciones llevadas ante la Administración central, con el fin de evitar la discriminación; organización y realización del Día Mundial de la Diabetes y del “Junior Cup Diabetes”, campeonato de fútbol europeo

para niños y jóvenes con diabetes que se organiza en Ginebra (Suiza); así como establecer contactos internacionales con federaciones de diabéticos de otros países.

**P. ¿Cómo valora las últimas investigaciones y tratamientos?**

**R.** Tenemos puestas muchas esperanzas para que en un futuro más o menos próximo pueda haber curación para la diabetes. Hay que destacar los nuevos medicamentos que siguen apareciendo y que contribuyen a un tratamiento de mejor calidad, también hay que hacer mención a la incorporación por el SNS de las bombas de infusión continua de insulina que nos han venido a traer mejor calidad de vida, aunque este dispositivo terapéutico debería estar ofertado como una alternativa más del tratamiento con insulina en lugar de restringirlo a determinadas personas y circunstancias; es lamentable que un método tan beneficioso tenga tantas restricciones.

**P. ¿Cuáles son sus demandas a la Administración sanitaria?**

**R.** Nuestras demandas a la Administración se centran en el siguiente decálogo: la educación diabetológica continuada para pacientes; formación diabetológica continuada para profesionales; detección precoz; igualdad de calidad en la atención y en la prescripción en todas las comunidades autónomas; que haya una medicina de prevención en lugar de la actual medicina de intervención; que podamos realizar todas las revisiones médicas en un solo día; que se tome en serio la Estrategia en Diabetes del SNS; que se pongan en marcha todos los Consejos de Diabetes y que podamos participar de una forma activa en ellos; incorporar el servicio de podología y odontología a cargo del sistema público para pacientes; y que se apoye a las asociaciones de pacientes, ya que estamos cubriendo un servicio que debería facilitar la propia Administración. ■

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 973

operaciones de compras y fusiones se realizaron en el sector sanitario mundial en 2008.

### 171.189

millones de euros supusieron esas operaciones en conjunto.

### 62.500

millones los protagonizaron las empresas biotecnológicas.

### 8,1

por ciento del importe global correspondió a empresas de servicios sanitarios.

### 91,9

por ciento significó el importe de las compañías de productos sanitarios.

Fuente: Irving Levin.



## GESTIÓN Y TRATAMIENTO DE EMERGENCIAS

### El Samur de Madrid se convierte en el primer servicio de urgencias en España en incorporar la historia clínica electrónica

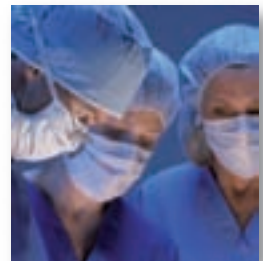
**E**l Samur ha incorporado a su actividad la historia clínica electrónica convirtiéndose de este modo en el primer servicio de urgencias del país en contar con él. Así lo ha explicado el delegado de Seguridad y Movilidad del Ayuntamiento de Madrid, Pedro Calvo, en el acto de presentación en la sede del servicio, en la Casa de Campo. Tras una demostración práctica del funcionamiento, el subdirector del Samur, Ervigio Corral, explicó que este *software* está disponible desde un Tablet PC, una pantalla táctil en la que los enfermeros de las Unidades de Soporte Vital Avanzado van introduciendo los datos de los asistidos en tiempo real. Esta información se transmite vía GRPS, de modo que puede acceder a ella el supervisor de servicio a través del ordenador que maneja, lo que le permite recomendar un tratamiento o el traslado más adecuado para el paciente.



## DEMOGRAFÍA MÉDICA

### Andalucía está por debajo de la media nacional en especialistas médicos por habitante

**E**l estudio "Oferta y necesidades de médicos especialistas, 2008-2025" indica que Andalucía necesita más pediatras y anestesiólogos y que 37 de las 43 especialidades analizadas por el Ministerio de Sanidad tienen menos profesionales en Andalucía que la media nacional. Tres de las especialidades que salen peor paradas en la comunidad en el estudio son pediatría, oncología y anestesia. En la primera, Andalucía es la segunda por la cola (sólo por delante de Baleares). Tiene un ratio de 108,6 pediatras por cada 100.000 habitantes frente a los 138,8 de la media española. En oncología apenas está por delante de Navarra y la Comunidad Valenciana, y en cuanto a anestesia es la quinta con peores datos.



## CAPITAL RIESGO

### Zriser entra en Clínica Baviera con un 5,22 por ciento

**E**l Grupo Zriser, la sociedad creada por Pablo Serratoso junto a sus hermanas Ana y Begoña tras salir de Nefinsa, ha comprado el 5,22 por ciento de Clínica Baviera, según ha comunicado a la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV). Se trata de la segunda inversión relevante que realiza esta sociedad, después de que el año pasado adquiriera el 5,38 por ciento de la compañía de energía solar Siliken, participación por la que desembolsó 35 millones de euros. También aportó un préstamo de treinta millones para financiar los planes de crecimiento de esa empresa a medio plazo.

## 7.000 PLAZAS DE NUEVO ACCESO

**Los decanos de medicina piden 90 millones para ofertar más plazas**

**L**a Conferencia Nacional de Decanos de Medicina, integrada por las 33 facultades que en la actualidad imparten estos estudios en España ha advertido que se necesitan entre 60 y 90 millones de euros para llegar a las 7.000 plazas de nuevo acceso propuestas por el ministro de Sanidad, Bernat Soria, con el fin de paliar las actuales y futuras necesidades del Sistema Nacional de Salud (SNS). En cualquier caso y dada la premura de tiempo, los responsables de las facultades consideran "imposible" que la modificación de los "numerus clausus" –límite de plazas– para alcanzar esa cifra se produzca el curso próximo. El decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia y presidente de la Conferencia, Joaquín García-Estaño, ha explicado que "habría que aumentar en más de mil alumnos" la oferta de nuevas plazas. Así las cosas y teniendo en cuenta que formar a un médico cuesta entre 60.000 y 90.000 euros, "se necesitarán entre 60 y 90 millones más".



## INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

**Más de 244 millones de euros de Ciencia e Innovación para incrementar la I+D+i en el SNS**

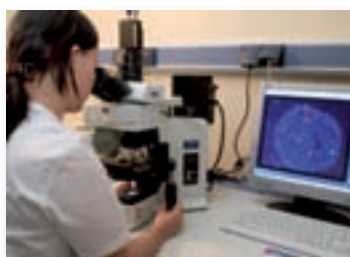
**E**l Ministerio de Ciencia e Innovación destinará más de 244 millones de euros a incrementar la I+D+i en el Sistema Nacional de Salud, con un máximo de 30 millones para estimular la cooperación público-privada. El objetivo es tanto elevar la posición de España en el área de investigación en salud, como dar respuesta a los problemas sociosanitarios que afectan a la población, según el Ministerio. Los objetivos concretos son: aumentar la inversión pública y privada en I+D+I en salud; incrementar la calidad y el número de los recursos humanos en salud; ampliar la producción científica y la dimensión internacional de la I+D+I en salud; y acrecentar la transferencia de conocimiento y tecnología en salud.



## INVERSIONES

**Merck Serono crea un fondo de capital riesgo para invertir en biotecnología**

**M**erck Serono ha anunciado la creación de un fondo de capital riesgo para invertir en compañías biotecnológicas y asegurado en un comunicado disponer de 40 millones de euros comprometidos para invertir durante los próximos cinco años. El fondo –Merck Serono Ventures– apoyará económicamente a aquellas empresas recién creadas de investigación biotecnológica que "tengan el potencial suficiente para aportar productos innovadores a las áreas esenciales de trabajo de Merck Serono, como son enfermedades neurodegenerativas, cáncer y enfermedades autoinmunes o inflamatorias". La compañía añadió que podrá alcanzar acuerdos con las empresas participadas por su fondo de capital riesgo.

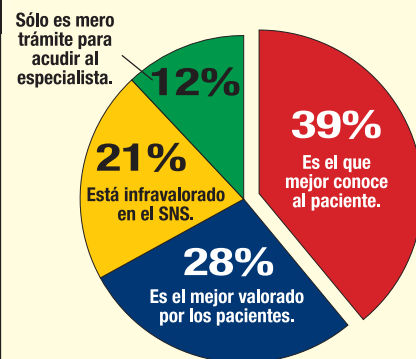


## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

**Medical Economics**

¿Qué imagen cree que tiene el médico de AP?



La mayor parte de nuestros lectores (39 por ciento) consideran que el médico de AP es el que mejor conoce al paciente, mientras que un 28 por ciento cree que es el mejor valorado por los pacientes. Para un 21 por ciento está infravalorado, mientras que un 12 por ciento considera que es utilizado como mero trámite para acudir al especialista.

Las encuestas vía Internet de Medical facilitan datos que reflejan la participación de los lectores y, por tanto, no tienen validez estadística.

Presentación en Madrid de su XIII Congreso y nuevo diseño de su revista

## La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo inicia una nueva etapa

*Recientemente ha tenido lugar en Madrid el acto de presentación del XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), así como de la nueva etapa editorial emprendida por su revista oficial.*



De izda. a dcha., Alfonso Apellaniz, director de la revista de la SEMST; Francisco Vicente Fornés, presidente de la SEMST; Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; y Juan Precioso, presidente del comité organizador del XIII Congreso Nacional de la SEMST.

**E**l acto fue presentado y moderado por Manuel García Abad, presidente del Grupo Drug Farma, empresa a la que SEMST ha encomendado la gestión de la Secretaría Técnica de la sociedad. Así como la edición y gestión comercial de la Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo.

El presidente de SEMST, Francisco V. Fornés, se refirió en su intervención a su compromiso personal, y el de la Junta Directiva que preside de volcar sus esfuerzos en dar un notable impulso a la SEMST, con una renovación de imagen y con el desarrollo de iniciativas de distinta índole. En este punto, destacó la importancia del acuerdo alcanzado con el Grupo Drug Farma, que aporta a esta nueva etapa su experiencia y solvencia en el campo editorial, de gestión de secre-

tarías de sociedades científicas y de organización de congresos, además de su dilatada trayectoria como proveedor de actividades de formación médica continuada.

La presentación del XIII Congreso Nacional SEMST, que tendrá lugar en Valencia durante los días del 5 al 7 de mayo de 2010, corrió a cargo del doctor Juan Precioso, presidente del Comité Organizador en su calidad de presidente de la Sociedad Valenciana de Medicina y Seguridad del Trabajo. El doctor Precioso explicó los trabajos de organización de esta cita científica, ya muy avanzados a más de un año vista de la fecha prevista para su celebración, aportando detalles del atractivo programa científico y social diseñado para tal ocasión que, según sus palabras, “marcará un antes y un después en la

historia del Congreso Nacional SEMST”.

Cerró el acto el doctor Alfonso Apellaniz, director de la revista de la SEMST quien, después de hacer un somero repaso de la historia de la publicación, explicó a los asistentes los nuevos retos asumidos, en colaboración con la empresa editora del Grupo Drug Farma, Spanish Publishers Associates, para dar un impulso definitivo a la publicación, a través de la renovación de su diseño, la promoción y difusión de la revista como medio de comunicación científica de la Sociedad, el refuerzo de su presencia e impacto científico con su indexación en nuevas bases de datos bibliográficas, y la invitación clara a los miembros de SEMST a participar en la misma, como lectores y como autores. ■



De izda. a dcha., Juan José Díez Franco; Juan Precioso, Francisco V. Fornés; y Miguel Ángel Vargas, de BP Oil España.



De izda. a dcha., Manuel García Abad, Honorio Bando, vicepresidente de Idepro; y Alfonso Monfort, de Sanofi Pasteur MSD.



De izda. a dcha., Juan Precioso, Juan José Díez Franco y Miguel Ángel Vargas.



De izda. a dcha., Fernando Ruiz, del Grupo Thales; Montse García (Ministerio Sanidad); Alfonso Apellaniz, Francisco V. Fornés, Francisco de la Gala, ex-pte de la SEMST y el Prof. Eduardo Mascías.



Alfonso Apellaniz (izda.) con Manuel García Abad.



Juan Precioso (izda.) y Francisco Vicente Fornés posan con el cartel del Congreso.



Honorio Bando (izda.) con el Prof. Eduardo Mascías.



De izda. a dcha., Francisco de la Gala, Javier Cerezo, jefe del Servicio Médico de Alcatel España; M. A. Vargas y Fernando Ruiz.



Alfonso Apellaniz (izda.) con Benilde Serrano, médico del Trabajo del Ayuntamiento de Madrid.



De izda. a dcha., Manuel Reina, de Reimedical; Estefanía Romero y Raúl del Mazo, de Drug Farma.



Ignacio G<sup>a</sup> Panizo, de Prodrug Multimedia (centro) con Francisco V. Fornés (izda.) y Rafael Timermans, pte. de Sociedad Madrileña de Medicina del Trabajo.

# Economía de la Salud

## en el Área Respiratoria (VII)

### Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias



Enrique Antón de las Heras\*

**E**l desarrollo de los avances científicos y técnicos en el campo de la medicina permite poner a disposición de los sistemas sanitarios un gran número de innovaciones en el ámbito de la prevención, las pruebas diagnósticas, los tratamientos y la rehabilitación. Estas innovaciones son consideradas como una parte importante de las causas del incremento del gasto sanitario en las últimas décadas, junto con el envejecimiento y aumento de la población, la cronicación de enfermedades o el aumento de demanda por parte de los pacientes, entre otras. Si a esta situación le añadimos la limitación de recursos a los que se ve sujeto el sector sanitario, era lógico esperar el desarrollo de organismos públicos con el objetivo de evaluar las tecnologías sanitarias con la finalidad de optimizar la utilización de los recursos sanitarios disponibles.

Las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) son organismos que tienen la función de evaluar en términos de eficacia, eficiencia y seguridad las tecnologías sanitarias, reflejándolo habitualmente en un informe que proporciona información objetiva para las decisiones de los gestores y profesionales de la salud.

El origen de las organizaciones públicas creadas para la evaluación de tecnologías sanitarias lo encontramos en Estados Unidos en 1972 con la creación del Office of Technology Assessment (OTA), como una ayuda para la identificación y evaluación del posible impacto de la tecnología sanitaria existente. La primera organización de estas características en Europa aparece en Francia, donde en 1982 se creó el Comité d'Évaluation et Diffusion des Innovations Technologiques (CEDIT) como una agencia para la evaluación de Tecnologías medicas, incluyendo dispositivos, procedimientos de diagnóstico y tratamientos usados por los profesionales sanitarios en el cuidado y manejo de pacientes. Dentro de estas primeras organizaciones, destaca también la creación en Suecia en 1987,

aunque no fue órgano independiente hasta 1992, del Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) para la evaluación crítica de métodos utilizados en la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.

#### Funciones de la AETS

En España, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias se crea en 1994, encuadrada dentro del Instituto de Salud Carlos III, con la intención de ofrecer valoraciones objetivas del impacto en el ámbito sanitario, social, organizativo y económico de los procedimientos y técnicas de uso medico-sanitario. También se crea para poder atender las necesidades consultivas del Sistema Nacional de Salud en lo que se refiere a la definición de su Política de Prestaciones Sanitarias y la actualización de la cartera de servicios. A nivel autonómico, España cuenta actualmente con cinco agencias regionales y varias unidades de ETM como son la Agència d'Evaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM) de Cataluña, el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA) de la Consejería de Sanidad del País Vasco, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-T), de la Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia y la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Agencia Pedro Laín Entralgo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. También hay que mencionar la labor relacionada con la Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Servicio de Evaluación Canario de la Salud (SESCS) y la Unidad de Investigación de Servicios de Salud del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Las funciones de todas las agencias, salvando algunas diferencias de índole local, se concretan en varios objetivos: evaluación de tecnologías sanitarias que permita fundamentar técnicamente su

» Las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) son organismos que tienen la función de evaluar en términos de eficacia, eficiencia y seguridad las tecnologías sanitarias.

» Las agencias de evaluación de tecnología sanitaria cuentan en su mayoría con sitios web donde se puede acceder a sus informes de evaluación en texto completo.

selección, incorporación y difusión; identificación e informe tanto de las tecnologías nuevas como de las ya establecidas que necesitan evaluación; producción, revisión, evaluación y sintetización de la información científica en cuanto a su impacto médico, económico, social y ético, tanto en tecnologías nuevas como ya existentes; contribución a la adecuada formación de los profesionales sanitarios para lograr la correcta utilización de la tecnología; y fomento de la coordinación de la evaluación socioeconómica de la tecnología médica en España y el desarrollo de proyectos internacionales en relación a la evaluación de tecnologías sanitarias.

Las agencias de evaluación de tecnología sanitaria cuentan en su mayoría con sitios web donde se puede acceder a sus informes de evaluación en texto completo, siendo éstos en su mayoría revisiones sistemáticas de la evidencia científica existente. Los informes de las agencias de evaluación sintetizan tal evidencia científica a partir de una metodología explícita y reproducible que recoge, integra y resume los resultados y conclusiones de los trabajos de investigación originales.

Las agencias españolas forman parte de la red internacional de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias INAHTA y la red europea de evaluación de tecnologías sanitarias EUnetHTA, que tienen como objetivo servir de foro para la identificación de intereses comunes entre sus miembros, así como

constituir un registro común de informes de evaluación y proyectos en curso para evitar la duplicación innecesaria de esfuerzos y trabajos. También es importante destacar la activa participación de las agencias españolas en la Asociación Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias HTAi.

Recientemente, en España se ha elaborado un Plan de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Sistema Nacional de Salud cuya misión es promover la coordinación entre las distintas Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para informar sobre las decisiones que, en base al conocimiento científico más robusto y fiable, se tomen e implementen en los distintos niveles del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, hay que recordar que uno de los objetivos principales de las agencias de evaluación de tecnología sanitaria debería ser identificar intervenciones que ofrezcan un gran beneficio al paciente utilizando los recursos de la forma más eficiente. Muchos métodos rutinarios de diagnóstico y tratamientos están, en realidad, obsoletos y son ineficientes. Algunos métodos novedosos se utilizan ampliamente, aunque sus beneficios, riesgos y costes no han sido evaluados críticamente, a la vez que hay terapias eficientes con evidencia científica, tanto en lo que se refiere a costes como en lo que se refiere a beneficios, que deberían ser utilizadas con mayor frecuencia. ■

Sección patrocinada por:



### Para saber más:

Plan de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Sistema Nacional de Salud  
"<http://aunets.isciii.es/web/guest/home>"  
Aymerich M, Jovell AJ, Estrada MD. *Revisión sistemática de la evidencia científica*.  
En: Jovell AJ, Aymerich AM, editores. *Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad*. Barcelona:Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, 1999; 93-105.

Asua J. *International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) o la necesidad de colaboración en evaluación de tecnologías sanitarias*.  
Med Clin (Barc) 1999;112 (Supl 1): 86-89.



# Gestión Profesional

## Construyamos una fundación



Jose María Martínez García\*

» La docencia y la cultura, en el mundo de la Medicina, constituyen los dos aspectos básicos sobre los que se fundamenta el objetivo último de una fundación.

» La fundación desarrollará diferentes actividades y proyectos, encaminados siempre a lograr una presencia pública y una proyección social notable.

**H**e aquí los pasos a dar si se desea comenzar el proceso de establecimiento de una fundación centrada en cualquier especialidad médica.

**Constitución.** La fundación es una institución sin ánimo de lucro, con personalidad jurídica propia, cuyo objeto esencial, orientado dentro de cualquier marco de la Medicina, se centra en la promoción de la docencia, el estudio, la investigación y la difusión, con todos los medios a su alcance, de cuantas cuestiones se relacionen con la salud en sus facetas de mantenimiento, erradicación de enfermedades y bienestar futuro, dentro de una perspectiva nacional e internacional. Para ello, la fundación utilizará, entre otros, los siguientes medios: organización de cursos, mesas redondas, seminarios y conferencias, congresos, etc.; confección, edición, subvención y distribución de folletos, libros y otras publicaciones; fomento del estudio e investigación de la Medicina; y organización de campañas en medios de comunicación.

### Definición de fines fundacionales.

La docencia y la cultura, en el mundo de la Medicina, constituyen los dos aspectos básicos sobre los que se fundamenta el objetivo último de una fundación. Hay que añadirles, como principal complemento, su divulgación.

### Definición de objetivos.

Potenciar la protección de la salud entre la población en general, haciendo hincapié en la prevención de las enfermedades; impulsar una mejor relación entre el médico y el enfermo; contribuir a la mejor formación de los profesionales sanitarios; impulsar la mejor utilización de los recursos y de su gestión por parte de los profesionales sanitarios; así como apoyar iniciativas para el cuidado de la salud de los más desfavorecidos.

**Líneas de actuación.** En la población general producen programas adecuados para radio-televisión, de contenido médico; edición de suplementos, informaciones y noticias relacionadas con la divulgación de los cuida-

dos médicos; charlas-coloquio; y edición de libros dirigidos a los enfermos. En la formación del profesional sanitario: formación pregraduada, orientación y asesoramiento sobre posibilidades profesionales futuras, cursos sobre materias no incluidas en los planes de estudio, adjudicación de becas y ayudas económicas, organización de actividades de formación continuada, realización de cursos en colaboración con las distintas universidades españolas y extranjeras, concesión de becas y ayudas. En cuanto a la divulgación cultural entre los médicos y la población en general: convocatoria de un premio anual de la fundación a una persona relevante en un área científica concreta, así como la reedición de textos desaparecidos que sigan resultando de interés en distintas disciplinas médicas.

**Cooperación institucional.** Desarrollo de programas cooperativos con universidades, instituciones públicas y privadas, además de con otras organizaciones y colaboración con otras fundaciones.

**Presencia pública y proyección social.** La fundación desarrollará diferentes actividades y proyectos, encaminados siempre a lograr una presencia pública y una proyección social notable en todos los sectores de la sociedad a quienes se dirige, ayudando a mentalizarlos en la problemática de algunos sectores concretos de enfermos. Todas las actividades que desarrolle serán ampliamente publicitadas en los diferentes medios de comunicación, que, en cada caso, se consideren convenientes para alcanzar el máximo de difusión posible.

**Órganos de gobierno.** Habrá una presidencia de honor, título que recaerá en persona relevante, asignando la representación, el gobierno y la administración de la fundación a un patronato, cuya composición, nombramiento y renovación constarán en los estatutos, desempeñando los patronos sus cargos con carácter gratuito. Ellos designarán, a su vez, a un comité directivo y a un gerente de la fundación. ■

\*Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad y director asociado de Medical Economics.

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

## La RANM y Novartis firman un acuerdo para promover la investigación

Como primera actividad, la RANM y el Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina organizarán, con carácter cuatrimestral, los Encuentros RANM con la Salud dirigidos a medios de comunicación.

La Real Academia Nacional de Medicina (RANM) y el Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina han firmado un acuerdo marco de colaboración con el objetivo de promover el desarrollo de la investigación y difusión en el campo de la salud. Se pretende facilitar así la formación y difusión de actividades científicas y de comunicación. Para el presidente de la RANM, el profesor Manuel Díaz-Rubio, “este acuerdo responde a una de las

prioridades de la Academia: impulsar, proteger y fomentar aquellos aspectos relacionados con las Ciencias de la Salud y la Medicina”.

Por parte del Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina (INCB), la directora de Comunicación Corporativa y Relaciones Institucionales del Grupo Novartis en España, Montserrat Tarrés señala que “este convenio constituye una

apuesta estratégica del INCB, cuyo objetivo es trabajar por la excelencia en la comunicación biomédica y facilitar el acercamiento y la colaboración entre investigadores y comunicadores”.

La primera actividad, fruto de este acuerdo, que se llevará a cabo en la RANM será la organización, con carácter cuatrimestral, de los Encuentros RANM con la Salud, unas jornadas de debate dirigidas a medios de comunicación. El objeto de las mismas es actualizar conocimientos y compartir un día de reflexión y debate sobre asuntos con un claro interés sociosanitario.

La salud ambiental fue el contenido de análisis y debate que inauguró estas jornadas el pasado 26 de marzo. Expertos de primera línea de distintas disciplinas respondieron a cuestiones relacionadas con el cambio climático. ■



Montserrat Tarrés y el profesor Manuel Díaz-Rubio durante la firma del convenio.



A ti, que das la piel por tus pacientes  
Salvat la da por ti.

# cristalmina

ANTISEPTICO CON  
GLUCONATO DE  
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico  
transparente, eficaz,  
seguro y rápido

**INDICACIONES DE USO EXTERNO:**  
Cristalmina Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. Composición: Clorhexidina Gluconato 1%. Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bactericida, bactericida y fungicida. Heridas, quemaduras leves, grietas, frotaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impetigo, rasgas recientes, prevención de infecciones en tagas por decúbito. Desinfección de la piel en preoperatorios. Desinfección del ombligo en recién nacidos. Sensibilización al prepararlos. No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo. Irrita la conjuntiva ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los ojos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse escrupulosamente con agua estéril antes de usarlo. Prevenirse de la luz.

**CONTRAINDICACIONES:**  
En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de alergia o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20. Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya podido CRISTALMINA no se lavarán con lejía ni otros hipocloritos, sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica.

Cristalmina solución 1% ..... envase 500 ml	Cristalmina film 1% gel ..... envase 100 g
Cristalmina solución 1% ..... envase 125 ml	Cristalmina film 1% gel ..... envase 30 g
Cristalmina solución 1% ..... envase 25 ml	Cristalmina Plus solución 1% ..... envase 30 ml
Cristalmina solución 1% monodosis	

InfoSalvat  
900 10 90 90  
infosalvat@salvitbiotech.com

SALVAT  
innovación y salud

# Gestión de Calidad: Enfermería

## La asistencia al paciente inmigrado



Charo Vaquero Ruipérez\*

**E**n España, el fenómeno migratorio desde hace una década, está adquiriendo unas dimensiones importantes. Según el último padrón municipal del Instituto Nacional de Estadística (INE) 2008, el 11,3 por ciento de la población española es de nacionalidad extranjera. Esta población inmigrante es muy variada: el 36,2 por ciento del total de extranjeros provienen de Iberoamérica; el 34,4 por ciento de la Unión Europea; y el 15 por ciento del Norte de África, fundamentalmente.

Parece evidente que el flujo migratorio desde unas zonas que se debaten entre la necesidad y los conflictos, a otras que representan el paradigma del bienestar y la seguridad, es ineludible. La incorporación de los inmigrantes a la sociedad de acogida no es un proceso sencillo. Los inmigrantes tienen unas condiciones laborales precarias, ocupan empleos poco cualificados, poco atractivos y mal remunerados, a veces de carácter temporal, sin contrato y en los que las empresas no invierten en formación. Además, el desconocimiento del idioma y la falta de comunicación los coloca en una situación de riesgo de accidentes laborales. Los empleados en la agricultura y en la construcción están expuestos a temperaturas sofocantes, causantes de cefaleas, trastornos neurológicos, depresiones o abortos. También hay que tener en cuenta que muchos inmigrantes no encuentran trabajo y tienen unas condiciones económicas de pobreza, hacinamiento, déficit alimentario e higiénico. Por lo que son también frecuentes los problemas relacionados con los trastornos de la alimentación. Todos los inmigrantes son ciudadanos con derecho a recibir asistencia sanitaria según la legislación sanitaria española (artículo 12 de la Ley Orgánica 8/2000).

Según una encuesta realizada a 924 profesionales, entre médicos de Atención Primaria, pediatras y enfermeros de Cataluña y Madrid, dos de cada tres profesionales sani-

tarios creen que la población inmigrante demanda más atención sanitaria que el resto de población. Sin embargo, los resultados de los trabajos realizados sobre la utilización de los recursos sanitarios por la población inmigrante han demostrado todo lo contrario. La población inmigrante es mayoritariamente más sana y utiliza menos que los españoles los servicios sanitarios, incluso Ginecología y Pediatría.

Por otra parte, según Nicole Aerny, jefe de sección de Planificación de Programas de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, por cada 12 euros que los inmigrantes aportan a la sociedad, sólo reciben 1 euro en materia de asistencia sanitaria, educativa o social.

¿Por qué entonces se tienen estos tópicos? Posiblemente esta percepción esté influida por las barreras propias del sistema sanitario o del propio inmigrante, como son el idioma, que dificulta la comunicación y la relación médico-enfermero con el paciente, las diferencias culturales y/o la percepción que tienen de la salud y de la enfermedad, muy diferente de la percepción que tiene un español.

A diferencia de hace unos años, hoy día existe una mayor preocupación por el conocimiento y respeto de otras culturas diferentes a la nuestra, prueba de ello son las jornadas y congresos que se están realizando en todo el territorio nacional sobre estos temas, propiciando una mayor formación e información multicultural, que facilita el reconocimiento de los valores y de los modos de vida de los inmigrantes.

Como enfermeros y profesionales sanitarios, tenemos la obligación de recorrer ese camino de aproximación intercultural, que nos permitirá conocer mejor la situación social y sanitaria del inmigrante. Conociendo mejor su realidad podremos tomar medidas para ofrecer una asistencia de calidad, adaptada a sus necesidades, demandas y expectativas de cara a mejorar su estado de salud. ■

» Según una encuesta realizada a 924 profesionales, dos de cada tres profesionales sanitarios creen que la población inmigrante demanda más atención sanitaria que el resto de población.

» Como enfermeros y profesionales sanitarios, tenemos la obligación de recorrer ese camino de aproximación intercultural, que nos permitirá conocer mejor la situación social y sanitaria del inmigrante.

\*Secretaría de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.  
Para contactar: mvaquero.hrc@salud.madrid.org

## Hasta 8 de cada 10 consultas médicas en España están relacionadas con el dolor

*FUINSA y la Fundación Grünenthal, conscientes de que el dolor merece una atención especial han puesto en marcha la Plataforma SinDolor, una iniciativa pionera en España.*

**H**asta 8 de cada 10 consultas médicas en España están vinculadas al dolor, lo que hace de esta condición uno de los principales problemas de salud pública con importantes repercusiones laborales. En España, su incidencia llega a los 9 millones de personas, aunque sólo un 2 por ciento de los pacientes con dolor crónico terminan siendo tratados en una unidad especializada.



Guillermo Castillo (dcha.) con Antón Herreros, director general de Fuinsa (izda.); y Alfonso Moreno, presidente de Fuinsa.

Por ello, la Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA) y la Fundación Grünenthal, conscientes de que el dolor merece una atención especial han puesto en marcha la Plataforma SinDolor, una iniciativa pionera que nace con el objetivo de contribuir al conocimiento, diagnóstico, prevención y tratamiento del dolor, que es un problema complejo, en el que intervienen diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, poco entendido y en muchas ocasiones sin resolver. La presencia de dolor en múltiples enfermedades se considera, y es aceptado, como un sufrimiento innecesario, inútil, es responsable de un aumento de la morbilidad y fuente de trastornos psicológicos importantes que precisan atención y tratamiento especializado.

“La plataforma, una iniciativa pionera en España, viene a cubrir un hueco importante que existe en el conocimiento, prevención y tratamiento del dolor. Nuestro objetivo principal es mejorar la atención al paciente con dolor y a sus familiares. El proyecto surgió con el fin de contribuir a mejorar todos los aspectos que influyen de forma directa e indirecta en la prevención, el diagnóstico, la valoración y el tratamiento del dolor”, explicó Guillermo Castillo, director de la Fundación Grünenthal. ■



A ti, que das la piel por tus pacientes  
Salvat la da por ti.

**dertrase**  
POMADA

Complejo enzimático  
(Tripsina y Quimotripsina) que permite  
una proteólisis de amplio espectro



**Acción desbridante con efecto antiséptico de amplio espectro**

**DERTRASE<sup>®</sup> pomada.** Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, Hidrolizado de ácido ribonucleico 200 mg, Ácido L-carbami-glutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesoinositol 200 mg, Nitrofuraz (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tórpida e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Fiodeminitis. Artrax. Furunculosis. Adenitis separadas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis. Desgarros de periné, etc. Posología: Extiéndase una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las curas pueden renovarse dos o más veces al día, previo lavado con agua de los residuos anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o instilarla directamente en cavidades y trayectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: La mayoría de los antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal. disminuyen la actividad de los enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE<sup>®</sup>, se utilice tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los paciente hipersensibles al nitrofuraz, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Si receta médica. PVP: 7,21 PVP IVA: 7,49 euros.

Info **Salvat**

info@salvat.com  
www.salvat.com

**SALVAT**

# Tribunales

## Colocación defectuosa de implantes dentales



Miguel Fernández de Sevilla\*

**Audiencia Provincial de Cantabria**  
Jurisdicción Civil,  
Sentencia del 18 de septiembre  
de 2006

### Hechos

Doña Inmaculada presentó en su día ante el Juzgado de lo Civil número 2 de Santander demanda contra el dentista don F. en reclamación de una indemnización por colocación defectuosa de implantes dentales, por los dolores persistentes, secuelas irreversibles y daños psicológicos, días de incapacidad y devolución de honorarios. La demanda fue estimada y, en consecuencia, el dentista y Previsión Sanitaria fueron condenados a pagar 61.000 euros: 28.800 por tratamiento restaurador, 14.749 por factura abonada al demandado, 15.752 por secuelas y costas y 709 euros por días de incapacidad. La sentencia fue apelada por cinco motivos. El primero impugna el crédito concedido a la demandante por tratamiento reparador de la boca, por falta de condición de pericial de la prueba propuesta por la actora por su pésimo tratamiento procesal, ya que no se propuso en el escrito de demanda como ordena la ley. Se aludió también a valoración de la prueba realizada por el juzgador de instancia de la prueba pericial de la demandante y de los demandados, que fueron totalmente contradictorios, por lo que hubo que tener en cuenta la opinión del odontólogo de designación judicial, que sostuvo que la implantación fue correcta. El segundo motivo se basó en la valoración de la prueba pericial, elaborada por el perito judicial, al aparecer criterios discrepantes entre los de la actora y los de la demanda, que fue estimada. El tercer motivo impugna el crédito concedido por días de incapacidad para las ocupaciones habituales, que también fue estimado. Y el cuarto y quinto motivos conciernen sobre la devolución de honorarios, que la demandante satisfizo al odontólogo, que fueron desestimados, pues, según el

tribunal, están dentro de la póliza de responsabilidad civil. Los implantes dentarios, junto con la cirugía estética y la vasectomía, son las excepciones de la culpa extracontractual donde quiebra el principio de que la Medicina es una ciencia de medios. Aquí es de resultados y la culpa es contractual.

### Fallo

La Audiencia Provincial estimó parcialmente el recurso de apelación interpuesto contra la citada sentencia, revocando parcialmente dicha resolución, en el sentido de negar la indemnización de 28.000 euros por tratamiento restaurador, fijando la condena por la factura abonada en 7.019 euros y suprimiendo la condena en costas de la primera instancia.

### ANÁLISIS: Valoración de la prueba pericial

Además de lo ya dicho sobre las excepciones de la culpa extracontractual, la importancia de esta sentencia estriba, a nuestro juicio, en la claridad con la que explica en su fundamento jurídico tercero los criterios para la valoración de la prueba pericial. Es frecuente que el tribunal que sea, en esta clase de juicios que, como sabemos, es fundamental la prueba pericial, se encuentra con criterios técnicos totalmente dispares, dependiendo de quién sea el perito, y qué parte le haya pedido el informe. Es natural que, una vez encargada la pericia si al letrado de la parte actora no le satisface, no la presentara. Igual ocurre en el caso de la parte demandante, por lo que es fundamental el criterio del perito designado por el tribunal, al cual se le presupone profesionalidad e imparcialidad, circunstancia ésta que puede ser seriamente cuestionada cuando las partes contratan y pagan a un técnico en la materia. La sentencia explica que la única pericia que cuenta con verdadero crédito del tribunal es la judicial por carecer de vinculación con las partes y al emitir su informe se presupone que goza de verdadera imparcialidad. ■

» La demanda fue estimada y, en consecuencia, el dentista y Previsión Sanitaria fueron condenados a pagar 61.000 euros.

» La sentencia explica que la única pericia que cuenta con verdadero crédito del tribunal es la judicial por carecer de vinculación con las partes.

\*Profesor de Derecho Sanitario y letrado del Consejo General de Enfermería.  
Para contactar: mfernandezmor@telefonica.net

## Bama-Geve cierra 2008 con beneficios de 23 millones de euros

*El laboratorio farmacéutico italiano Bama-Geve incrementó su facturación en España en 2008 en más de un 10 por ciento y alcanzó un volumen de negocio de 23 millones de euros.*

**E**l laboratorio farmacéutico Bama-Geve ha cerrado el ejercicio de 2008 con un volumen de facturación de 23 millones de euros, y su consejero delegado, Germano Natali, ha anunciado que la empresa “está buscando oportunidades en el mercado español, vista la sólida situación financiera de la compañía”.

La cifra, que supone un incremento del 10 por ciento respecto al ejercicio anterior, sumada a la racionalización del gasto, permite a la compañía italo-española ofrecer unos resultados antes de impuestos de 4,85

millones de euros de beneficios, un 43 por ciento más que en 2007. “Este resultado nos hace pensar en incluir algún nuevo lanzamiento para finales de año”, anunció el consejero delegado.



Germano Natali.

No obstante, “para 2009 la previsión es de cautela ante la crisis económica mundial, aunque la industria farmacéutica no ha salido tan perjudicada como

otros sectores”, apuntó el doctor Natali. “Bama-Geve no es ajena a la situación que asola la economía global y, tarde o temprano, nuestras ventas se verán afectadas por la reducción del gasto familiar y las medidas restrictivas del Estado”, comentó.

“Lo peor que podría suceder este año sería que la falta de liquidez de las comunidades autónomas conllevara una bajada de precios en el sector. Es una amenaza latente que tenemos muy presente”, aseguró el consejero delegado de Bama-Geve.

Aún así, resaltó Natali, “nuestros resultados nos dan tranquilidad y seguridad”, en concreto los obtenidos por la línea de facturación principal de Bama-Geve, Mepentol, que ha obtenido un incremento superior al 18 por ciento –5,8 millones facturados– alcanzando el 27 por ciento del total de ventas. ■



A ti, que das la piel por tus pacientes  
Salvat la da por ti.



*el apósito de espuma que mim a la herida y su entorno*



**“NO ADHESIVOS FINANCIADOS POR LA SEGURIDAD SOCIAL”**

Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

# Capital Riesgo

## Estrategias de salida



Luis G. Pareras\*

» La estrategia de diferenciación hace hincapié en ofrecer un producto o servicio que sea percibido como único.

» La estrategia de segmentación hace hincapié en concentrarse para llegar a un colectivo muy concreto del mercado.

Cuando una nueva *start-up* sanitaria sale al mercado, suele posicionar su estrategia de una de las siguientes tres maneras: de liderazgo en costes, de diferenciación y de segmentación de usuarios. Lo habitual es que estas estrategias sean excluyentes entre sí; no es recomendable seguir más de una a la vez.

**Liderazgo de costes.** Esta estrategia hace hincapié en la eficiencia; se basa en la capacidad de la *start-up* para ofrecer un producto o servicio a un coste menor que sus competidores. Las compañías que compiten con esta estrategia tratan de rentabilizar las economías de escala y ofrecer un producto a un precio muy competitivo. Usualmente se aplica en productos poco diferenciados, en los que el precio es un elemento fundamental para la decisión de compra. Emplear esta estrategia implica tratar de conseguir una distribución lo más amplia posible y promocionar el producto o servicio haciendo especial énfasis en su bajo precio.

En el sector sanitario, un buen ejemplo sería una *start-up* que introdujera guantes quirúrgicos desechables para vender a los centros sanitarios y a la administración. Para triunfar con esta estrategia, nuestra *start-up* tiene que intentar conseguir la mayor cuota de mercado posible, acceso preferencial a los materiales de fabricación de nuestro producto, acuerdos de distribución muy ventajosos o utilizar mano de obra barata. Los factores que la hacen posible son, entre otros muchos un control de costes muy intenso, desarrollo de habilidades o patentes que ayuden a un coste menor en la fabricación del producto o en la provisión del servicio, y una buena curva de la experiencia, haber aprendido cómo fabricar un producto o proveer un servicio de la manera más eficiente posible.

**Diferenciación.** La estrategia de diferenciación hace hincapié en ofrecer un pro-

ducto o servicio que sea percibido como único. Estas cualidades o ventajas únicas ofrecerán un mayor valor percibido al comprador que, como no podrá encontrar otro producto igual en el mercado (que satisfaga tan bien sus necesidades), será muy fiel y estará dispuesto a pagar precios más altos. Un buen ejemplo de diferenciación en el sector sanitario podría ser una *start-up* que quisiera comercializar un nuevo dispositivo médico, por ejemplo, un sistema de drenaje externo especial de nuestra invención (patentado) que hemos demostrado que reduce las reintervenciones por resangrado. La patente y los aspectos novedosos de este nuevo sistema deberían hacerlo único, y los ahorros en costes de reintervenciones harían que el mercado fuera menos sensible al precio.

Los factores que hacen posible esta estrategia son tener capacidades de I+D e innovadoras importantes, una buena relación con canales de distribución, y una buena capacidad de comunicación al mercado de las características distintivas y del valor que aporta nuestro producto o servicio.

**Segmentación.** La estrategia de segmentación hace hincapié en concentrarse para llegar a un colectivo muy concreto del mercado. A veces también se la conoce como estrategia de nicho de mercado. Ésta se basa en el hecho de que si concentramos nuestros esfuerzos de marketing en uno o dos segmentos estrechos del mercado, podremos diseñar un producto extremadamente útil que satisfaga enormemente las necesidades muy particulares de ese colectivo concreto. Nuestra *start-up* trata de ganar una ventaja competitiva por su eficacia (gran respuesta de mercado con compras muy seguras) más que por su eficiencia (producción optimizada). Esta estrategia es la más utilizada en las etapas iniciales de cualquier *start-up* sanitaria, y es frecuente que combine a veces alguna característica de estrategia de diferenciación. ■

(\*) Médico Gerente de MediTecnología-Área de Incubación de Proyectos Empresariales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Para contactar: [www.healthonomics.com](http://www.healthonomics.com). E-mail: [lluis.pareras@comb.es](mailto:lluis.pareras@comb.es)

Las ventas alcanzaron los 748 millones de euros

## Chiesi cierra 2008 con un aumento de ventas del 14 por ciento

La compañía ha expuesto unos datos récord relativos al número de patentes registradas –264– y a los 14 nuevos usos logrados en 2008, lo que revela su apuesta por una actividad investigadora centrada en patologías respiratorias y enfermedades raras. Los nuevos productos desarrollados por la empresa representan más de la mitad del volumen global de las ventas.

En concreto, Foster –beclometasona dipropionato y formoterol fumarato–, indicado para el tratamiento del asma y lanzado en España en 2008 ha alcanzado las previsiones de la mayor parte de los mercados más grandes y, según la empresa, podría convertirse en el mejor producto del grupo en 2009. Las inversiones realizadas por el grupo en 2008 ascendieron a 39,1 millones de euros y se centraron sobre todo en el ámbito de la producción industrial en Parma –sede central de la compañía–, Francia y Brasil. ■

Con centros de producción en Europa y América

## Maquet presenta sus líneas básicas de actividad

Los representantes de la compañía especializada en tecnología médica, Maquet Spain, han dado a conocer sus líneas de actividad empresarial: cuidados intensivos; cardiopulmonar y división quirúrgica, así como los proyectos previstos para el presente año, destacando que el 90 por ciento de las mesas de quirófano de nuestro país están fabricadas por esta compañía.

Manuel Moreno Guerrero, director de Maquet Spain, explicó que “Maquet es una compañía global presente en todo el mundo, que investiga, invierte y desarrolla a escala internacional con el objetivo de alcanzar los retos que se presentan en el campo de la medicina”. Los centros de producción de Maquet están en Alemania, Francia, Suecia, Turquía, China, Brasil, Puerto Rico y Estados Unidos. “En España está implantada desde 2003 y los proyectos en los que trabajamos combinan los beneficios médicos, clínicos y económicos, para aportar soluciones óptimas de tecnología médica de cara a los profesionales y los pacientes”, añadió Moreno Guerrero. ■



A ti, que das la piel por tus pacientes  
Salvat la da por ti.

**SureSkin<sup>®</sup> II**   
APÓSITOS HIDROCOLOIDES DE II<sup>ª</sup> GENERACIÓN

FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide tan flexible y adaptable como la piel

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO** Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Dafiro 5 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 5 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 10 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. Para la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película. **Dafiro 5 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NVR» en una cara y «CE» en la otra cara. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NVR» en una cara y «UC» en la otra cara. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. Dafiro está indicado en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino o valsartán en monoterapia. **Posología y forma de administración:** La dosis recomendada de Dafiro es un comprimido al día. Dafiro 5 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 5 mg o valsartán 160 mg solos. Dafiro 10 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 10 mg o valsartán 160 mg solos, o con Dafiro 5 mg/160 mg. Dafiro puede administrarse con o sin alimentos. Se recomienda tomar Dafiro con un poco de agua. Se recomienda la titulación de la dosis individual con los componentes (es decir, amlodipino y valsartán) antes de cambiar a la combinación a dosis fija. Cuando sea clínicamente adecuado, se puede considerar el cambio directo desde la monoterapia a la combinación a dosis fija. Por conveniencia, se puede pasar a los pacientes que están recibiendo valsartán y amlodipino en comprimidos/cápsulas separados a Dafiro que contenga la misma dosis de los componentes. **Alteración renal:** No se requiere un ajuste posológico en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Alteración hepática** Debe tenerse precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática o trastornos biliares obstructivos (ver "Advertencias y precauciones de empleo"). En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada es 80 mg de valsartán. **Pacientes de edad avanzada (65 años o mayores):** En pacientes de edad avanzada se recomienda precaución al aumentar la dosis. **Niños y adolescentes:** Dafiro no está recomendado para uso en pacientes menores de 18 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos, a derivados dihidropiridínicos o a alguno de los excipientes. Insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar o colestasis. Insuficiencia renal grave (TFG <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) y pacientes sometidos a diálisis. Embarazo (ver "Embarazo y lactancia"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Pacientes con depleción de sodio y/o de volumen:** En estudios controlados con placebo se observó una hipotensión excesiva en el 0,4% de los pacientes con hipertensión sin complicaciones tratados con Dafiro. Puede presentarse hipotensión sintomática en los pacientes con un sistema renina-angiotensina activado (tales como los pacientes con depleción de volumen y/o sal que reciben dosis elevadas de diuréticos) que están recibiendo bloqueadores del receptor de la angiotensina. Es necesario corregir esta condición antes de la administración de Dafiro o se recomienda supervisión médica al inicio del tratamiento. Si se presenta hipotensión con Dafiro, debe colocarse al paciente en posición de decúbito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hiperpotasemia:** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.), debe llevarse a cabo con precaución y con controles frecuentes de los niveles de potasio. **Estenosis de la arteria renal:** No se dispone de datos sobre el uso de Dafiro en pacientes conestenosis bilateral de la arteria renal o estenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Hiperaldosteronismo primario:** Los pacientes con hiperaldosteronismo primario no deben ser tratados con el antagonista de la angiotensina II valsartán ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por la enfermedad primaria. **Insuficiencia cardiaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardiaca grave cuya función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina con oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardiaca de las clases III y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardiaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrófica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrófica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes diferente de la hipertensión. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción Interacciones ligadas a amlodipino** **Se requiere precaución en el uso concomitante Inhibidores CYP3A4** Un estudio en pacientes de edad avanzada ha mostrado que diltiazem inhibe el metabolismo de amlodipino, probablemente vía CYP3A4 (la concentración plasmática aumenta en aproximadamente un 50% y aumenta el efecto de amlodipino). No se puede excluir la posibilidad de que inhibidores más potentes de CYP3A4 (es decir, ketoconazol, itraconazol, ritonavir) puedan aumentar la concentración plasmática de amlodipino en mayor medida que diltiazem. **Inductores CYP3A4 (agentes anticonvulsivos [p. ej. carbamazepina, fenobarbital, fenitoina, fosfenitoina, primidona], rifamicina, Hypericum perforatum)** La administración conjunta puede dar lugar a concentraciones plasmáticas menores de amlodipino. Está indicado un control clínico, con un posible ajuste posológico de amlodipino durante el tratamiento con el inductor y después de su retirada. **A tener en cuenta en el uso concomitante Otras** En monoterapia, se ha administrado de forma segura amlodipino con diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, nitratos de larga duración, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, atorvastatina, sildenafil, medicamentos antiácidos (gel de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, simeticona), cimetidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos hipoglucémicos orales. **Interacciones ligadas a valsartán** **No se recomienda el uso concomitante Litio** Durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA se han registrado aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de la toxicidad. A pesar de la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda un control exhaustivo de los niveles séricos de litio (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio y otras sustancias que puedan aumentar los niveles de potasio** Se recomienda controlar los niveles plasmáticos de potasio si se prescribe un medicamento que afecte los niveles de potasio en combinación con valsartán. **Se requiere precaución en el uso concomitante Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), incluyendo inhibidores selectivos COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día), y AINES no selectivos** Cuando se administran antagonistas de la angiotensina II simultáneamente con AINES puede presentarse una atenuación del efecto antihipertensivo. Además, el uso concomitante de antagonistas de la angiotensina II con AINES puede producir un mayor riesgo de empeoramiento de la función renal y un aumento del potasio sérico. Por ello, se recomienda un control de la función renal al inicio del tratamiento, así como una hidratación adecuada del paciente. **Otros** No se han hallado interacciones clínicamente significativas durante el tratamiento en monoterapia de valsartán con las siguientes sustancias: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, glibenclámda. **Interacciones frecuentes con la combinación** No se han realizado estudios de interacción entre Dafiro y otros medicamentos. **A tener en cuenta en el uso concomitante: Otros agentes antihipertensivos** Los agentes antihipertensivos utilizados frecuentemente (p. ej. alfbloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. antidepresivos tricíclicos, alfbloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección "Contraindicaciones"). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnía, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hiperpotasemia. Se desconoce si valsartán y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes, 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/10); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000), muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo frecuencia. **Trastornos cardiacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Síncope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **Trastornos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo. Rara: Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaringeo. **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Trastornos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: Hiperhidrosis, exantema, prurito. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Poco frecuente: Inflamación de las articulaciones, lumbalgia, artralgia. Rara: Espasmos musculares, sensación de pesadez. **Infecciones e infestaciones:** Frecuente: Nasofaringitis, gripe. **Trastornos vasculares:** Poco frecuente: Hipotensión ortostática. Rara: Hipotensión. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema, edema depresible, edema facial, edema periférico, fatiga, rubefacción, astenia, sofoco. **Trastornos del sistema inmunológico:** Rara: Hipersensibilidad. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Rara: Disfunción eréctil. **Trastornos psiquiátricos:** Rara: Ansiedad. **Información adicional sobre la combinación:** Se observó edema periférico, un efecto adverso conocido de amlodipino, generalmente con menor incidencia en los pacientes que recibieron la combinación amlodipino/valsartán que en aquellos que recibieron amlodipino solo. En ensayos clínicos doble ciego, controlados, la incidencia de edema periférico por dosis fue la siguiente: La incidencia media de edema periférico uniformemente sopesada entre todas las dosis fue del 5,1% en la combinación amlodipino/valsartán. **Información adicional sobre los componentes individuales** Las reacciones adversas previamente observadas para uno de los componentes individuales pueden ser reacciones adversas potenciales para Dafiro, incluso sin haberse observado en los ensayos clínicos del producto. **Amlodipino** Otras reacciones adversas adicionales registradas en los ensayos clínicos con amlodipino en monoterapia, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: La reacción adversa más frecuentemente observada fue el vómito. Reacciones adversas observadas menos frecuentemente fueron alopecia, alteración de los hábitos intestinales, dispepsia, disnea, rinitis, gastritis, hiperplasia gingival, ginecomastia, hipoglucemia, impotencia, aumento de la frecuencia urinaria, leucopenia, malestar, cambios de humor, migraja, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor anginoso, ictericia colestática, elevación de AST y ALT, purpura, erupción y prurito. **Valsartán** Otras reacciones adversas adicionales observadas en los ensayos clínicos con valsartán en monoterapia en la indicación de hipertensión, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: Infecciones virales, infecciones de las vías respiratorias altas, sinusitis, rinitis, neutropenia, insomnio. Pueden presentarse alteración de la función renal, especialmente en pacientes tratados con diuréticos o pacientes con insuficiencia renal, angioedema e hipersensibilidad (vasculitis, enfermedad del suero). **Precaución Síntomas** No hay experiencia de sobredosis con Dafiro. El principal síntoma de sobredosis con valsartán es posiblemente hipotensión pronunciada con mareo. La sobredosis con amlodipino puede dar lugar a una vasodilatación periférica excesiva y, posiblemente, taquicardia refleja. Se ha observado hipotensión sistémica marcada, y probablemente, prolongada que puede llegar incluso al shock con un resultado fatal. **Tratamiento** Si la ingestión es reciente, se puede considerar la inducción del vómito o el lavado gástrico. La administración de carbón activado a voluntarios sanos inmediatamente o hasta dos horas después de la ingestión de amlodipino ha mostrado disminuir de forma significativa la absorción de amlodipino. La hipotensión clínicamente significativa debida a una sobredosis de Dafiro exige apoyo cardiovascular activo, incluyendo controles frecuentes de las funciones cardiaca y respiratoria, elevación de las extremidades, y atención al volumen de líquido circulante y a la eliminación de orina. Puede ser útil un vasoconstrictor para restaurar el tono vascular y la presión arterial, dado que no hay contraindicación de uso. El gluconato de calcio intravenoso puede ser beneficioso para revertir los efectos del bloqueo de los canales de calcio. Es poco probable que valsartán y amlodipino se eliminen mediante hemodíalisis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina, Crospovidona Tipo A, Sílice coloidal, anhídrido, Estearato de magnesio. **Recubrimiento: Dafiro 5 mg/160 mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco. **Dafiro 10 mg/160mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Rojo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 30 meses **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blisters de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 7, 14, 28, 30, 56, 90, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Blister precortado unidosis de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 56, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimbleshurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN Dafiro 5 mg/160 mg:** EU/1/06/371/009-16, EU/1/06/371/028-030 **Dafiro 10 mg/160 mg:** EU/1/06/371/017 – 24, EU/1/06/371/031-033 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 16.01.2007 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Diciembre 2007 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiado. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=39,93€ PVP+IVA=41,52€. Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=42,45€ PVP+IVA=44,15€. Con licencia de Novartis Farmacéutica, S.A. Comercializado por ESTEVE

Amlodipino (mg)	Valsartán (mg)				
	0	40	80	160	320
0	3,0	5,5	2,4	1,6	0,9
2,5	8,0	2,3	5,4	2,4	3,9
5	3,1	4,8	2,3	2,1	2,4
10	10,3	NA	NA	9,0	9,5

**BIBLIOGRAFÍA:** 1. ESH-ESC Guidelines Committee. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007; 25: 1105-1187. 2. Poldermans et al. Tolerability an Blood Pressure-Lowering Efficacy of the Combination of Amlodipine Plus Valsartan Compared with Lisinopril Plus Hydrochlorothiazide in Adult Patients with Stage 2 Hypertension. Clin Ther. 2007; 29: 279-289. 3. Smith et al. Amlodipine and Valsartan Combined and as Monotherapy in Stage 2, Elderly, and Black Hypertensive Patients: Subgroup Analyses of 2 Randomized, Placebo-Controlled Studies. J Clin Hypertens. 2007; 9: 355-364.

Medical Economics

# Chequeo a la Industria

## Comprometidos con la salud

*Novartis es una de las compañías líderes en el cuidado de la salud, que se ha fijado, desde sus inicios, unos estrictos y rigurosos niveles éticos para el desarrollo de sus actividades.*

*Su gestión responsable se fundamenta en los pacientes, sus empleados y comunidades, un comportamiento ético, y la protección del medio ambiente. En nuestro país más de 10 millones de personas (una de cada cuatro) son tratadas con productos Novartis.*

 NOVARTIS

## Novartis: una historia corporativa

# Importante presencia industrial en España

*Novartis es una compañía dedicada al cuidado de la salud con sede en Barcelona, que tiene una de las mayores presencias industriales en nuestro país.*

**N**ovartis empieza a operar en España en enero de 1997, aunque su presencia en nuestro país se remonta a 1917, con el grupo Ciba-Geigy, y a 1924, con el grupo Sandoz.

Con sede social en Barcelona, es una de las compañías farmacéuticas con mayor presencia industrial en España. Dispone de tres centros de producción en el área de Cataluña, y es uno de los pocos grupos del sector farmacéutico que desarrolla el ciclo completo de producción del medicamento, desde la materia prima hasta el producto acabado.

Novartis es uno de los líderes mundiales en el cuidado de la salud, y ofrece medicamentos y productos innovadores para prevenir y curar enfermedades, aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida.

La compañía, con sede central en Basilea (Suiza), está presente en España a través de sus divisiones Farmacia (innovadores medicamentos con receta médica), Sandoz (medicamentos genéricos con receta médica), Consumer Health (productos

OTC, Sanidad Animal –productos para animales de producción y compañía– y CIBA Vision –dedicada a lentes de contacto y líquidos de mantenimiento–), y Vacunas y Diagnósticos.

La responsabilidad social corporativa es parte integrante de la estrategia de Novartis y constituye un elemento clave. Se articula alrededor de cuatro pilares: los pacientes, la ética profesional, empleados y comunidades y el cuidado del medio ambiente.

Existen ciertos momentos clave para Novartis en esta gestión ética y responsable. A principios de 1999, la dirección de la compañía se fijó unos rigurosos y estrictos niveles éticos para el desarrollo de sus actividades, aprobando el Código de Conducta. En el año 2000 fue la primera multinacional en adherirse al Pacto Mundial sobre las Naciones Unidas, y en 2001 se aprobó su Política de Civismo Empresarial, que es la base de todas las decisiones y acciones que toma Novartis en todos los sectores a nivel mundial. Actualmente, la ética empresarial significa una gestión de los valores y no sólo una gestión de la conducta empresarial.

Para garantizar que los colaboradores cumplan los principios y los valores de la responsabilidad social, Novartis ha establecido un gran número de instrumentos y sistemas. Por ello, durante los últimos años, la compañía ha intensificado los programas de formación para los colaboradores de Novartis y el aprendizaje del cumplimiento a través de Internet. En 2008, los colaboradores de Novartis de todo el mundo realizaron más de 218.000 cursos obligatorios de *e-training* sobre cumplimiento ético. ■

### Cifras más significativas \*

Concepto	Millones €	% <sup>(1)</sup>
Ventas	1.125,6	4,0
Exportaciones	215,7	2,0
Inversiones	20,6	9,0
Gastos en I+D+i	68,5	9,0
Empleados	2.068	1,8

\* Datos del Grupo Novartis en España en 2008.

<sup>(1)</sup> Aumento respecto a 2007.

Fuente: Novartis.

## Fabricación integral

# De la materia prima, al producto acabado

*Farmacía, Sandoz, Consumer Health y Vacunas y Diagnósticos son las divisiones a través de las cuales Novartis está presente en España.*

**F**armacía. Para Novartis los pacientes son su razón de ser. Más de diez millones de personas (una de cada cuatro) en nuestro país son tratadas con sus productos. La División Farmacéutica pone a disposición de los médicos cerca de un centenar de especialidades en las siguientes áreas terapéuticas: cardiovascular-metabolismo, endocrinología, dermatología, enfermedades infecciosas, enfermedades respiratorias, oftalmología, oncología-hematología, reumatología-inflamación-metabolismo óseo, trasplantes-inmunología y sistema nervioso.

Esta división participa activamente en los programas de desarrollo clínico internacional del grupo, por medio de su equipo médico y de investigación y desarrollo, compuesto por 120 profesionales y más de 2.000 investigadores externos. Los ensayos clínicos realizados en España durante 2008 han incluido a casi 3.600 pacientes y han involucrado a grupos investigadores en 1.450 centros sanitarios. Están en marcha ensayos clínicos fases I a IV en oncología, enfermedades osteoarticulares, cardiovasculares y respiratorias, diabetes tipo 2, enfermedades infecciosas, demencia y neuropatías degenerativas del sistema nervioso central, trasplantes y oftalmología.

La planta de producción, ubicada en Barberà del Vallès y dirigida por Jesús Corchero, es líder de producción y exportación de especialidades farmacéuticas sólidas orales. Certificada con la ISO 14001 y la OHSAS 18001, es la mayor planta de formas sólidas de España en volumen. Las exportaciones a 121 países han supuesto el 70 por ciento de la producción. En ella trabajan 422 colaboradores.

**Sandoz.** Esta división está constituida por las unidades de negocio Sandoz Retail

Generics y Sandoz Industrial Products. La primera es líder en el mercado de genéricos en Europa, con una cuota del 34 por ciento. En España ocupa el tercer puesto con un crecimiento continuo en los últimos cinco años. Sus medicamentos genéricos permiten un ahorro significativo de precios respecto a los medicamentos originales: un 30 por ciento en el primer año de vida. La segunda, Sandoz Industrial Products, produce materias primas de máxima calidad para la fabricación de especialidades farmacéuticas, es el primer productor mundial de antibióticos semi-sintéticos y dispone en España de tres unidades de producción.

**Vacunas & Diagnósticos.** Esta nueva plataforma estratégica de crecimiento se creó en abril de 2006 tras la adquisición de Chiron Corporation, lo que convierte a Novartis en el quinto fabricante mundial de vacunas y el segundo suministrador de vacunas antigripales en Estados Unidos. En España, esta división está representada por la sociedad Chiron Iberia, S. L. Dicha sociedad tenía en el momento de adquisición dos negocios distintos: Biopharmaceuticals y Diagnostics. A finales de 2006, la Unidad de Biopharmaceuticals de Chiron se integró dentro de la División Farmacéutica, quedando únicamente, por el momento, el negocio de Diagnostics en Chiron Iberia.

**Consumer Health.** La división de Consumer Health (Gran Consumo) desarrolla y fabrica una amplia gama de productos destinados a restablecer, mantener o mejorar la salud y el bienestar de nuestros consumidores. La división se compone de tres unidades de negocio: OTC (autocuidado de la salud), Sanidad Animal y CIBA Vision. ■

## La I+D+i en España

# Una apuesta de futuro

*A investigación, Novartis dedica en España el 6 por ciento de sus ventas globales; unos 120 profesionales y 2.000 investigadores externos tiene la División Farmacéutica, y además, participa de forma destacada en el desarrollo clínico de proyectos internacionales.*

**N**ovartis Pharma dedica, el 21,7 por ciento de sus ventas mundiales a programas de I+D+i, lo que representa uno de los niveles de inversión más altos de la industria farmacéutica. En España, con datos de 2008, los gastos en investigación ascendieron a 68,5 millones de euros, un 9 por ciento más que el año anterior.

El equipo médico y de investigación de Novartis Pharma en España, compuesto por unos 120 profesionales y la colaboración de más de 2.000 investigadores externos, participa activamente en el desarrollo preclínico y clínico de los proyectos internacionales, lo que constituye, según la compañía, “un claro ejemplo del compromiso de Novartis con el avance de la Medicina, la innovación y la tecnología en nuestro país”. España se encuentra entre los diez mercados clave del grupo y en 2008 puso en marcha y realizó 167 ensayos clínicos.

La participación española en fases precoces de desarrollo clínico de nuevos fármacos se concretó el año pasado en un total de 51 ensayos pivotes de fase 0-I y fase II, lo que representa el 31 por ciento del total de ensayos clínicos internacionales realizados en nuestro país. En este sentido, destaca la actividad en investigación oncológica, con 13 proyectos de desarrollo clínico en fase I y 16 en fase II, con 11 nuevas entidades moleculares en investigación. Se incluyen dos proyectos internacionales de “primera utilización en seres humanos”, así como iniciativas en otras patologías, tales como la artritis reumatoide, la regeneración neuronal tras lesión medular aguda, y en ensayos de fase II en enfermedades raras, como el síndrome de Muckle Wells.

### Consortio de Investigación Biomédica y Oncología Translacional (CIBOT).

La I+D+i necesita, para su optimización y mayor eficacia, la colaboración con otras entidades, ya sean públicas o privadas. Novartis Pharma, consciente de ello, firmó en diciembre del año pasado el acuerdo de colaboración Consorcio de Investigación Biomédica y Oncología Translacional (CIBOT) con el Hospital Universitario Vall d'Hebron y la Universidad Autónoma de Barcelona. Es la primera vez que en España se firma un acuerdo, en el ámbito de la oncología, de estas características, pionero en integrar el mundo académico, la investigación básica, la clínica y la industria farmacéutica con el objetivo de facilitar la transferencia útil de conocimientos entre las diferentes partes.

Asimismo, desde su organización en España, Novartis facilitó el año pasado el acuerdo de colaboración en investigación de nuevos antituberculosos entre la Universidad de Navarra y el Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales que Novartis tiene en Singapur.



El equipo médico y de investigación de Novartis Pharma en España está compuesto por unos 120 profesionales.

**El Centro Mundial de Farmacoepidemiología de Novartis.** Con sede en Barcelona, es referencia internacional en el estudio del uso y los efectos de los fármacos en la población. Este grupo, junto con las sedes en Basilea (Suiza) y East Hannover (EEUU), es responsable de planificar e implementar programas de investigación epidemiológica con el fin de obtener datos procedentes de poblaciones generales de diversos países en condiciones reales de uso terapéutico. Por medio de estudios observacionales, recoge y analiza información que servirá para mejorar la toma de decisiones en la investigación y desarrollo de nuevos fármacos, así como para el desarrollo de programas de manejo de la seguridad y la optimización del beneficio-riesgo de los tratamientos en el mercado.

Este grupo presta especial atención a la detección de señales de seguridad derivadas del uso de los medicamentos y participa activamente en los planes de gestión y manejo de riesgo elaborados de acuerdo con las autoridades regulatorias. Desde esta unidad se llevan a cabo numerosos trabajos de investigación en colaboración con líderes y centros de excelencia a nivel nacional e internacional. En nuestro país cabe destacar la cooperación con el Centro Español de Investigación Farmacoepidemiológica (CEIFE).

**Health Outcomes Research.** Con la finalidad de seguir generando evidencia médica de impacto para la praxis sanitaria habitual, durante 2008 la unidad de Health Outcomes Research (Investigación en Resultados en Salud) del Departamento Médico de Novartis ha seguido desarrollando proyectos de investigación en diversas áreas terapéuticas. Ésta es un área multidisciplinar cuyo objetivo es generar datos que permitan el mejor conocimiento de la epidemiología, evolución y manejo de las enfermedades, así como descubrir evidencia clínica a partir de la práctica médica habitual a efectos de cuantificar el impacto, en términos de resultados en salud, de las diferentes intervenciones sanitarias.

Para ello, se aplican diseños tanto experimentales como observacionales y epidemiológicos, que proporcionan información relevante y de impacto para la mejor gestión médica y asistencial de los pacientes. El área de HOR, en la mayoría de los casos en colaboración con las sociedades médicas de nuestro país, ha llevado a cabo 28 pro-

yectos de Health Outcomes Research en todo el territorio español con la participación de 8.833 investigadores y cerca de 52.000 pacientes. Los estudios de este tipo coordinados por el área han generado 39 publicaciones y/o comunicaciones en congresos durante el año 2008.

**Departamento de Gestión Sanitaria y Farmacéutica.** Novartis, consciente de la importancia que tiene la sostenibilidad del sistema sanitario, creó en 2005, mediante su División Farmacia, el departamento de Gestión Sanitaria y Farmacéutica, que cuenta con un equipo de 43 personas y participa en todas las fases de desarrollo clínico, registro y comercialización del medicamento. Su principal objetivo es “garantizar el acceso a los pacientes a nuevas terapias innovadoras, así como dar a clientes y a gestores sanitarios un soporte más cercano y adaptado a las necesidades y políticas regionales”, según la compañía. ■

## Red de investigación mundial

La red de investigación mundial de Novartis dispone de cuatro institutos de investigación corporativa, pioneros en investigación en enfermedades tropicales, que tratan de dar respuesta a enfermedades no cubiertas, y seis institutos de investigación biomédica, cuyo objetivo es fomentar el descubrimiento y el desarrollo de fármacos.

**Investigación Corporativa:** **Instituto Novartis de Enfermedades Tropicales**, en Singapur. Cuenta con una nueva iniciativa en Indonesia que ampliará sus capacidades para investigar sobre la malaria, tuberculosis y dengue. **Instituto de Genómica**, en La Jolla-California. Cuenta con una excelente reputación por sus logros en el desarrollo de tecnologías avanzadas, que abarcan desde la genómica y proteómica celular a la química combinatoria y la biología estructural. **Instituto Friedrich Miescher**, en Basilea (Suiza). Dedicado a la investigación biomédica fundamental, se centra en la epigenética, el control del crecimiento y la neurobiología. **Instituto Novartis de Vacunas para la salud mundial**. Ubicado en Siena (Italia), es el primer instituto de investigación en vacunas y desarrolla vacunas efectivas y asequibles para enfermedades infecciosas en los países en vías de desarrollo.

**Investigación Biomédica:** **Basilea (Suiza)**: cerca de 1.600 investigadores. Investigación en enfermedades gastrointestinales y reumáticas, neurociencia, oncología y trasplantes. **Horsham (Reino Unido)**: Unos 160 empleados. Aquí se encuentra el centro de investigación en enfermedades respiratorias. **East Hanover (Nueva Jersey)**: Investigación en enfermedades cardiovasculares, metabólicas y diabetes. **Emeryville (California)**: Unos 250 empleados. Investigación en oncología.

**Cambridge (Massachusetts)**: Investigación en oncología, oftalmología, diabetes, enfermedades infecciosas y trastornos cardiovasculares. **Shanghai (China)**: Investigación de las causas infecciosas del cáncer, que son fundamentales en Asia.

## Institutos y cátedras

# Formación para los profesionales

*El objetivo de los institutos y cátedras de Novartis es reforzar los conocimientos científicos de los profesionales, su formación y habilidades clínicas.*

**N**ovartis ha creado diversos institutos universitarios y cátedras para reforzar los conocimientos científicos de los profesionales de la salud, su formación y habilidades clínicas, e informarles de los últimos avances terapéuticos en sus respectivas especialidades.

**Instituto Cardiovascular Novartis (ICN).** Creado en noviembre de 2005 y presidido por Alfonso Castro Beiras, director del Área del Corazón del Complejo Hospitalario de A Coruña, es un foro abierto que aspira a convertirse en un marco de referencia en la formación y desarrollo de profesionales e investigación epidemiológica y clínica con resultados de salud en dicha área. Su actividad se desarrolla en estrecha cooperación con sociedades científicas y enti-

dades públicas y privadas. Tiene dos líneas de trabajo: la formación y desarrollo profesional de especialistas del área cardiovascular, y actividades científicas de alto nivel que permitan difundir las últimas evidencias y avances científicos y tecnológicos dentro de esta área.

**Instituto de Formación Novartis.** Espacio de formación continuada *on line, off line* y presencial para los profesionales de la salud, con el objetivo de contribuir a la mejora continua de la práctica clínica para alcanzar el máximo nivel de calidad en la formación. Para ello el instituto cuenta con la colaboración de sociedades científicas y profesionales, así como de la Administración, que acreditan altos estándares de calidad.

**Cátedras universitarias.** Fomentan actividades de docencia, investigación, formación y documentación en el ámbito de la Medicina de Familia y Atención Primaria.

- **Cátedra UAB-Novartis de Docencia e Investigación en Medicina de Familia.** Creada en 2001 y primera en España de esta índole, está dirigida por Amando Martín Zurro, coordinador general del Programa de Medicina de Familia y Comunitaria de Cataluña. Otra similar se constituyó en la Universidad de Zaragoza a finales de 2005.

- **Cátedra UAM-Novartis de Medicina de Familia y Atención Primaria.** Constituida en 2004, su director es Ángel Antonio Otero Puime, profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid.

- **Cátedra Novartis de Degeneraciones y Distrofias Retinianas de la Universidad de Valladolid.** Creada a finales de 2004, tiene a la doctora Rosa Coco Martín como profesora asociada. ■

## Excelencia en comunicación

**T**ras ocho años de amplia trayectoria en la innovación y la excelencia en el entorno de la comunicación en salud, el Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina (INCB) cuenta con más de 160 actividades organizadas, 90.000 personas implicadas y 5.600 asistentes. El INCB se creó en abril de 2001 y tiene como finalidad la aglutinación y vehiculación de actividades alrededor de la comunicación en salud y biomedicina. El objetivo principal del Instituto es poner al servicio de la docencia, las instituciones y los medios de comunicación diversas herramientas para favorecer la creación, formación y difusión de contenidos en este ámbito de creciente interés. Entre sus actividades más recientes cabe destacar la sexta edición del seminario *Comunicación y Salud* en la Universidad de Navarra; la tercera edición de *¡Comunica salud! Es sano*, en la Universidad Pontificia de Salamanca; los foros de debate *El café científico*, en Barcelona, las conferencias en el *Aula El País*, y la organización de los cursos de verano con las universidades de Barcelona y la Rey Juan Carlos de Madrid.

## Responsabilidad social

# Una gestión responsable

*Se articula alrededor de cuatro pilares: los pacientes, empleados y comunidades, la ética profesional y la protección del medio ambiente.*

La RSC es parte integrante de la gestión de la compañía. Lo justifica su presidente, Jesús Acebillo: “Hemos de contribuir dentro de nuestras posibilidades a la mejora de las condiciones de vida del conjunto de la sociedad. La responsabilidad social va a formar parte cada vez más de la estrategia de los grandes grupos farmacéuticos. Novartis quiere ser reconocida como una compañía socialmente responsable, actuando de forma sostenible económica, social y medioambientalmente”. Estas son las cuatro grandes áreas en las que la empresa basa su responsabilidad social corporativa.

**Pacientes.** Novartis marca la diferencia para millones de pacientes: tan importante es la investigación para enfermedades en los países desarrollados, como para las patologías de los países en vías de desarrollo. En 2008, los medicamentos o vacunas de Novartis trataron y protegieron a más de 850 millones de personas en todo el mundo, 74 millones de pacientes resultaron beneficiados, y la contribución a programas de acceso a medicamentos fue de 1.260 millones de dólares.

**Empleados y Comunidades. Desarrollo del talento:** La diversidad y el desarrollo de talentos nos ayudan a ser más competitivos en el mercado. Se esfuerzan en reclutar, desarrollar y retener a los mejores talentos con antecedentes diversos, garantizar oportunidades justas a través de equipos comprometidos y construir relaciones fuertes con las comunidades en las que operan. **Diversidad e inclusión:** La diversidad va más allá del género, cultura, estilo de vida, edad, raza, etcétera. **Salario digno:** Contribuyen al desarrollo social garantizando un salario digno. Es por ello que en 2005 se estableció un salario digno estándar para todas las operaciones de Novartis, una de las primeras compañías que aplica el compromiso de un salario digno a escala mundial. **La salud de sus empleados:** Novartis pone en marcha ac-

ciones para promover la salud y los hábitos saludables entre sus empleados.

**Medio ambiente.** Novartis se centra en minimizar el uso de recursos naturales, reducir el consumo de energía y evitar que los ingredientes activos pasen al medio ambiente. Estos compromisos medioambientales han distinguido a Novartis entre las mejores empresas de su sector, ya que sus iniciativas son el reflejo de su voluntad de comportarse como ciudadanos responsables a nivel organizacional. Fabricar productos farmacéuticos implica el uso de materias primas, energía y agua. Novartis tiene una clara responsabilidad en garantizar que protege el medio ambiente operando con los estándares más elevados. Con esta finalidad, la compañía adopta los criterios más estrictos para asegurar una protección eficaz del medio ambiente. Las tres plantas de producción de la compañía en España disponen de los máximos estándares de calidad y medioambientales.

**Gestión ética.** Desde la aprobación de su Código de Conducta en 1999, la compañía no ha cesado de establecer pautas, normas y políticas de gestión por encima de los estándares sectoriales, que demuestran un comportamiento corporativo comprometido. Actualmente, la ética empresarial significa una gestión de los valores y no sólo una gestión de la conducta empresarial. ■



Los compromisos medioambientales han distinguido a Novartis entre las mejores empresas de su sector.



**Jesús Acebillo Marín,**  
presidente de Novartis.

## ENTREVISTA

# “Las personas son uno de los pilares clave de nuestra gestión y nuestro mayor activo”

*Médico pediatra, Jesús Acebillo (Huesca, 1954) es el presidente del Grupo Novartis en España y de los mercados de los países emergentes. También lo es de Farmaindustria.*

**PREGUNTA:** *¿Qué distingue a Novartis dentro de su sector?*

**RESPUESTA:** Disponemos de una de las más completas carteras de proyectos en desarrollo, con 152 proyectos, y el año pasado, como resultado de los programas de investigación y desarrollo realizados, pusimos a disposición de pacientes y especialistas de la salud en España diez nuevos medicamentos. Tenemos el compromiso de garantizar el acceso de los pacientes a nuevos tratamientos innovadores, eficaces y seguros. Nuestro equipo Médico y de Investigación y Desarrollo, que está formado por 120 profesionales, es uno de los grupos que contribuye en mayor medida a los programas de desarrollo clínico internacional del grupo. Y finalmente, el grupo Novartis se diferencia dentro de su sector por tener una producción que compite no sólo en España, sino en el contexto global.

**P.** *¿Cuáles son las áreas de investigación prioritarias de la compañía?*

**R.** Las áreas de mayor atención en investigación y desarrollo para la división Farmacia son las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, la esclerosis múltiple, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la hepatitis B y C. También destacan especialmente los esfuerzos en la investigación y desarrollo de nuevos agentes antineoplásicos para el mejor tratamiento de enfermedades oncológicas.

Nuestra cartera de productos en desarrollo viene reforzada por nuevos métodos aplicados al descubrimiento y una focalización creciente en moléculas procedentes de las biotecnologías de los Institutos Novartis de Investigación en Biomedicina (NIBR), incluida la reciente unidad creada de “Novartis Biológicos” para acelerar el desarrollo de terapias biológicas.

Pero nuestros esfuerzos innovadores también van dirigidos a las enfermedades desatendidas de los países en vías de desarrollo. Fuimos pioneros en disponer de un Instituto de Investigación de Enfermedades Tropicales (NITD), ubicado en Singapur, para el desarrollo de medicamentos contra la malaria, el dengue y la tuberculosis. En 2007 el NITD lanzó una nueva iniciativa y partenariado en materia de investigación clínica en Indonesia que permitirá reforzar aún más sus capacidades de investigación en estas patologías desatendidas. Y en 2008 inauguramos en Siena, Italia, el primer Instituto de Vacunas para la Salud Mundial, destinado a investigar en vacunas contra enfermedades infecciosas no resueltas en estos países en vías de desarrollo.

**P.** *¿Cuál es la importancia del equipo humano y su desarrollo en Novartis?*

**R.** Las personas son uno de los pilares clave de nuestra gestión y nuestro mayor activo. Identificar y desarrollar el talento es una prioridad en nuestra compañía,

porque sabemos que nuestro éxito depende de la creatividad, dedicación y desarrollo de las personas que conforman la organización. Nos sentimos muy orgullosos de haber sido seleccionados en 2008 como una de las diez mejores empresas para trabajar en España, según el ranking Best Workplaces, y en la tercera edición del índice Merco Personas, obtuvimos la posición 38 entre las 100 mejores empresas para trabajar en España.

**P.** *Según usted, la crisis obliga a priorizar la I+D, el empleo y la competitividad. En este sentido, ¿cuál es la estrategia de la compañía para este año 2009?*

**R.** Vamos a seguir operando a través de una gestión responsable hacia los pacientes, manteniendo nuestra inversión en I+D, para garantizar nuevos tratamientos; hacia nuestros empleados y comunidades, asegurando los puestos de trabajo y facilitando oportunidades de crecimiento, así como manteniendo buenas relaciones con las comunidades en las que vivimos y trabajamos; y hacia el medio ambiente, ya que tenemos una clara voluntad de garantizar su protección. Los elevados estándares éticos son una prioridad en Novartis, porque estamos convencidos de que hacer negocios de manera responsable mejora el rendimiento, ya que permite manejar los riesgos, fomenta ventajas competitivas y fortalece la reputación de la compañía. ■

# PROGRAMA AAP 2009

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



**BILBAO**  
23 de Abril

**ZARAGOZA**  
14 de Mayo

**VALENCIA**  
28 de Mayo

**MADRID**  
3 de Junio

**BURGOS**  
24 de Septiembre

**BARCELONA**  
1 de Octubre

**SANTIAGO DE COMPOSTELA**  
29 de Octubre

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: [www.livemed-spain.com](http://www.livemed-spain.com)

  
**LIVEMED**  
E S P A Ñ A  
*Educación Médica Continuada*

# Esposa, médico y madre

Algunos médicos consiguen compaginar su vida personal y su trabajo con éxito, pero los costes y el esfuerzo pueden convertirlo en todo un reto. Sepa qué hay que tener en cuenta.

Por Wayne J. Guglielmo



A diferencia de dos médicos distintos que trabajen media jornada, Jessica J. Whitley (izquierda) y su compañera, Amanda H. Lenhard, comparten el mismo puesto de jornada completa.

Cuando Jessica J. Whitley estaba a punto de terminar la carrera de Medicina, un profesor la llevó aparte para darle algunos consejos sobre sus futuros papeles como esposa, madre y médico. Elige dos de los tres para centrarte en ellos, le advirtió, ya que no te será posible hacerlos todos bien.

Actualmente, Whitley, médico de asistencia hospitalaria en el Lake West Hospital, en Wiloughby, Ohio, no está tan segura de que ese consejo sea bueno, al menos para gente como ella. “Por supuesto, tendrías que preguntarle a mi marido, a mis hijos y a mis pacientes,” dice, “pero creo que desempeño los tres papeles muy bien”.

La clave de su éxito, dice Whitley, es el acuerdo de empleo compartido al que ha llegado con otra médico de asistencia hospitalaria, Amanda H. Lenhard, también esposa y madre. A diferencia de dos médicos distintos que trabajen a media jornada, Whitley y Lenhard comparten el mismo horario de jornada completa, que incluye beneficios prorrateados y otros adicionales, incluyendo la aceptación general de todos sus colegas de que ambas son buenas médicas, a pesar de sus horarios reducidos.

Juntas, trabajan siete días, seguidos de siete días libres. Durante sus semanas de trabajo, dividen su horario; una de ellas trabaja 12 horas cuatro días, y la otra 12 horas tres días, dependiendo de la semana. Cada año tienen derecho a dos semanas de vacaciones, que escogen para cogérselas a la vez, más una semana para asistir a las reuniones de Forma-

«Tendrías que preguntarle a mi marido, a mis hijos y a mis pacientes, pero creo que soy una buena esposa, madre y médico»

—Jessica J. Whitley, MD



ción Médica Continuada. “Realmente funcionamos como una sola persona,” dice Whitley, que utiliza sus días libres para pasar tiempo con su marido y sus hijos, ponerse al día con las publicaciones médicas y sencillamente recargar las pilas.

Whitley y Lenhard no son los únicos médicos que obtienen los beneficios de un acuerdo de empleo compartido. Según un sondeo de 2004 dirigido por MomMD, un lugar de información para las mujeres que trabajan en medicina, cerca de un 19 por ciento de los encuestados dijo participar de un acuerdo de empleo compartido o de otro tipo de flexibilidad laboral. Más o menos un 60 por ciento aseguró que compartirían las tareas si pudieran.

Aún así, en el mundo de la medicina y también en otros, el empleo compartido continúa siendo relativamente poco común, debido en gran medida a que resulta muy difícil de llevar a cabo.

“Los dos médicos que comparten el empleo deben tener la misma ética de trabajo,” aseguran varios expertos que hemos consultado.

Aparte de esto, los médicos que deciden compartir el empleo deben estar dotados de un sinfín de rasgos comunes, un estilo de comunicación abierta, una actitud cooperativa, respeto por la otra persona y flexibilidad. Tampoco está de más que los dos médicos ya hayan trabajado juntos o que al menos se conozcan bien, antes de emprender un acuerdo de empleo compartido.

“En muchos sentidos, es como un matrimonio,” comenta Pat Katepoo, orientador profesional en gestión de empresas titulado y fundador de WorkOptions.com, un recurso para aquellos interesados en horarios de trabajo flexibles.

Y, como en cualquier matrimonio, existen presiones económicas que pueden afectar a la relación sin que puedan hacer nada por remediarlo. “Tendrá que responsabilizarse de

una negligencia por completo aunque trabaje menos horas,” aclara Judy Bee, asesora de dirección médica en La Jolla, Los Ángeles. “Esto supone ajustar las expectativas sobre los gastos generales y los ingresos”.

Para ayudarle a decidir si el empleo compartido es apropiado para usted, hemos hablado con médicos que, como Jessica Whitley, han podido llevarlo a cabo, y con otros que no lo han conseguido. Sus experiencias y consejos aleccionadores son vitales para plantearse dar el paso decisivo.

### Dos médicos han conseguido que funcione muy bien

Las pediatras Janet O. White y Kimberly S. Zimlich, de Mt. Pleasant, Carolina del Sur, se conocen desde hace 15 años. Después de realizar sus períodos como residentes juntas, empezaron a trabajar para el mismo grupo médico, aunque en consultas separadas.

Para entonces, ambas mujeres, tal como explica Zumlich, estaban “cambiando de vida, pasando de la soltería al matrimonio y pensando en tener hijos”. Sin embargo, su situación laboral en ese momento prometía ponerse difícil. Entre otras cosas, sus consultas se encontraban a unos 45 minutos de distancia de sus casas, lo que ampliaba considerablemente su jornada laboral.

Fue entonces cuando decidieron abrir su propio negocio situado estratégicamente a pocos metros de sus respectivos domicilios. Al principio las médicas trabajaron las horas tradicionales equitativamente: cada una trabajaba cuatro días enteros y libraba los fines de semana más un día laborable.

En el comienzo, Zimlich tenía un hijo y White ninguno. Finalmente, cuando White pidió la baja por maternidad, Zimlich la sustituyó. White le devolvió el favor a su compañera cuando esta dio a luz a su segundo bebé. Pero cuando llegaron los demás embarazos —el tercero de Zimlich y el segundo de White— el sistema de una compañera que sus-

### Puntos clave

» Cerca del 19 por ciento de las mujeres médicos tienen una jornada parcial para poder atender su vida personal.

» Para conseguir que el empleo compartido funcione, es necesario que los dos compañeros compartan la misma ética de trabajo.

» En el mundo de la medicina y también en otros, el empleo compartido continúa siendo relativamente poco común.

» Si usted dirige su propia consulta, tenga en cuenta que los costes y el esfuerzo pueden convertirlo en todo un reto.



«Tendrá que responsabilizarse de una negligencia por completo aunque trabaje menos horas. Esto supone ajustar las expectativas sobre los gastos y los ingresos»»

— *Judy Bee, adjunta a dirección médica*

tituye a la otra se vino abajo. Se dieron cuenta de que necesitaban contratar a un asociado que echara una mano, al menos durante las respectivas bajas por maternidad. Cuando estuvieron juntas en la consulta otra vez, comprendieron algo más. “Sabíamos que a medida que aumentaba el tiempo que dedicábamos a la maternidad, el que pasábamos como médicos tendría que disminuir,” dice White. De manera gradual, la búsqueda de este equilibrio las fue conduciendo al empleo compartido.

Actualmente, con tres niños pequeños cada una, han llegado a un acuerdo completo de empleo compartido, incrementado por un asociado a tiempo parcial. Los compañeros alternan semanas laborales de tres y cuatro días. El médico que trabaja la semana más larga tiene derecho a un día libre entero, a entrar más tarde una de las mañanas, lo que le permite visitar a sus pacientes hospitalizados, y a tres medias jornadas adicionales. Por término medio, cada médico pasa en la consulta entre 20 y 25 horas semanales. Cada uno de ellos realiza guardias completas, que van rotando con dos médicos de otra consulta.

Sin embargo, este tipo de acuerdos tienen sus desventajas.

Una de ellas es el coste del seguro contra negligencia profesional. Aunque las pólizas de media jornada son posibles, por lo general ponen un tope muy estricto de horas semanales laborales. “A pesar de que realizamos el trabajo de ‘medio médico’, tenemos que pagar por una negligencia completa,” dice White. El médico asociado de su consulta sí tiene una póliza parcial por negligencia, pero debido a que su jornada semanal está limitada a 19 horas y media, la han excluido de participar en el horario de guardias, ya que “reduciría el número de horas en las podría estar generando ingresos en la consulta”.

Otro problema resultó ser la relación entre gastos generales e ingresos. “Al igual que todas las consultas, tenemos que invertir cierta cantidad de tiempo sólo en hacer frente a los gastos generales fijos,” comenta Zimlich. “Pero, a diferencia de otras consultas, no trabajamos mucho más que durante ese tiempo, así que al final del día no hay demasiado por hacer”.

Su escaso margen de actuación les proporciona un fuerte incentivo para restringir los costes operativos. Cualquier gasto extravagante es imposible. “En este momento, no podemos permitirnos un registro electrónico del historial,” dice Zimlich.

A pesar de estos problemas las dos médicas están satisfechas con su acuerdo actual. “Nosotras sentimos que cada paciente al que atendemos es un paciente de la consulta,” añade Zimlich, que antes de unirse profesionalmente a White ya sabía que compartían un “estilo de medicina” muy similar.

Pero tal vez la razón más importante de su éxito, tal como admiten las médicas, es elegir el momento oportuno o, más exactamente, estar en el mismo momento de la vida a la vez. Ellas aseguran que esto facilita mucho las suplencias entre una y otra. “Sería complicado compartir el empleo con alguien que no está en la misma situación que tú,” dice White.

### **Dos médicos que no consiguieron que funcionara**

No todos los médicos han tenido tanta suerte como White y Zimlich en cuanto al empleo compartido.

La internista Marina Williams, que actualmente trabaja a media jornada en la región suroccidental de los Estados Unidos, es una de las doctoras que no fue capaz de llevarlo a cabo.

Williams y la que sería su futura compañera en el empleo compartido, también in-

ternista, habían sido amigas en la Facultad de Medicina antes de formar equipo. En ese momento, ambas tenían hijos y querían limitar sus horas en la consulta. Cuando Williams encontró una clínica de Atención Primaria, que era parte de un grupo médico más grande con varias sedes y que le permitía el empleo compartido, contactó con su amiga. “Empezamos a trabajar con la mejor de las intenciones,” recuerda Williams.

Las dos internistas hicieron equipo para cubrir un puesto de jornada completa, aunque pronto afloraron las diferencias. En primer lugar, cada médico tenía una actitud diferente respecto a las guardias. “Como empezamos a trabajar cubriendo un solo puesto, ella asumió que cada una de nosotras tenía que ocuparse de la mitad de las responsabilidades de las guardias,” dice Williams. “Pero yo pensé que cada una haría guardias completas, para mantener una buena posición con respecto a nuestros colegas.” Finalmente, Williams capituló, en parte para salvar el acuerdo.

Otra de sus diferencias tenía que ver con los pacientes. En teoría, el médico que estaba en la consulta debía encargarse de cualquier problema que surgiera durante ese día, sin importar de cuál de las dos era el paciente. Sin embargo, según Williams, la otra médico no seguía esta política en la práctica.

Para empeorarlo todo, el personal tenía un conflicto de lealtades. “Mi compañera trajo a su propia enfermera de una consulta anterior, de manera que estaba acostumbrada a trabajar con ella, no conmigo,” dice Williams. Las dos médicos compartían también recepcionista, que tendía a enfrentarlas.

### Fin del acuerdo

Al final, la compañera de Williams encontró un trabajo de media jornada en otra consulta. Williams se quedó y cambió su acuerdo de empleo compartido por un puesto de media jornada. De hecho, esto resultó funcionar mejor, aunque ella preferiría un horario más breve, como el que tenía antes. “Lo mejor sería poder trabajar menos horas, pero si lo hiciera no ganaría apenas dinero, ya que mis gastos generales fijos son demasiado altos,” explica. En cuanto a las guardias, mantiene un horario completo, a pesar de su semana laboral un tanto más corta.

Dada su experiencia en el empleo compartido, ¿está totalmente en contra? No exactamente, aunque recomienda prudencia: “Es necesario estar ahí para los pacientes, aunque

no se pueda estar físicamente en la consulta. Si uno de los compañeros no piensa así, nunca funcionará”.

Si usted está considerando comenzar un acuerdo de empleo compartido, no espere que su actual o futuro jefe lo reciba con los brazos abiertos. Algunos son escépticos simplemente porque la idea es nueva para ellos. En estos casos, usted debe persuadirlos de los diferentes beneficios que puede aportar el em-

«No espere que su jefe actual reciba la idea de un acuerdo de empleo compartido con los brazos abiertos»»

pleo compartido: la oportunidad de contratar o retener empleados valiosos, mejor coordinación de trabajo, mejor integración con el personal de jornada completa, etcétera. Los expertos recomiendan resumir su caso en una propuesta de empleo compartido por escrito.

Los recursos de la red pueden ser útiles. JobShareConnection.com, por ejemplo, ofrece una guía de propuesta en su sitio *web* que puede descargarse ([www.jobshareconnection.com/proposal.htm](http://www.jobshareconnection.com/proposal.htm)). O también puede utilizar una propuesta con formato establecido disponible en WorkOptions.com ([www.workoptions.com/flexsucc-js.htm](http://www.workoptions.com/flexsucc-js.htm)). Está diseñada no sólo para ayudarle a perfilar los beneficios de un acuerdo de empleo compartido para su jefe, sino también a abordar las objeciones más comunes de los jefes, incluyendo el clásico: “¡Nunca hemos hecho nada así aquí!”. Una vez que su jefe ha aceptado, el siguiente paso consiste en asegurarse de que el acuerdo tiene posibilidades de salir adelante.

Sin duda alguna, compartir una misma filosofía de trabajo es importante. También lo es, tal como descubrieron White y Zimlich, mantener un respeto mutuo, una comunicación abierta y un firme entendimiento entre ambos, anterior a la formación del equipo. Incluso con todo esto a su favor, aún encontrará otros problemas imprevistos.

Aun así, para médicos como White, Zimlich, Whitley y otros, merece la pena. Como dice Zimlich: “Trabajando lo suficiente como para mantener nuestras aptitudes al día, podemos hacer lo que queramos con nuestras vidas”. ■

# ESCÁPESE... con



## *Certamen de Artículos 2009*

**E**scriba su historia más interesante, a partir de su propia experiencia, y *Medical Economics*, en colaboración con Pullmantur, le enviará de vacaciones.

### **GRAN PREMIO**

Crucero 3.000 €

### **PLUS**

#### **Premio Médicos Jóvenes**

Crucero 2.000 €

#### **❖ ¿Quién puede participar?**

Todos los licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España.

#### **❖ ¿Qué hay que enviar?**

Artículos originales, no publicados previamente en ningún otro medio y enviados en exclusiva a *Medical Economics*, y que tengan interés para los lectores.

# Medical Economics®

## ❖ ¿Sobre qué se puede escribir?

Su artículo puede contar, por ejemplo, cómo halló la solución a un problema en la práctica clínica; o cómo decidió remodelar su consulta; o compartir lecciones que aprendió después de un juicio o demanda; o incluso su decisión de afrontar de otra forma la medicina después de aquel caso.

## ❖ ¿Cómo participar?

Envíe su artículo por correo electrónico, escrito en formato Word, a doble espacio, incluyendo su nombre, dirección y forma de contacto (e-mail, teléfono). Si lo desea puede enviar fotografías que ilustren su historia, así como una fotografía suya tipo carnet (mínimo 1.024 x 768 píxeles o formato jpg a máxima calidad) y un breve *curriculum vitae*.

Puede Vd. enviar tantos artículos como desee. *Medical Economics* se reserva el derecho de publicar los originales y no mantendrá correspondencia ni devolverá los originales a los autores.

## ❖ ¿Dónde enviar su artículo?

Los originales sólo podrán ser enviados a través del correo electrónico, a la dirección:

**[medeconomics@drugfarma.com](mailto:medeconomics@drugfarma.com)\***

## ❖ Plazo de presentación de originales

El plazo de participación expira el **31 de octubre de 2009**.

*\*Consulte las bases del certamen en [www.medeco.es](http://www.medeco.es)*



## MESA REDONDA: Dónde invertir

# Oportunidades para ganar

Los expertos convocados por MEDICAL ECONOMICS para debatir acerca de dónde invertir en estos tiempos de recesión económica aseguran que cuando se hace dinero es, precisamente, en tiempos de crisis. Pero, en general, y para un inversor conservador y con vistas a un año, coinciden en que ahora no es el momento de arriesgar el dinero. Y, como los ahorros no deben quedar inmóviles, hay que buscar productos que ofrezcan seguridad más que rentabilidad. No obstante, los mercados ofrecen buenas oportunidades para aquellos que asuman un poquito de riesgo y a un plazo mayor. Al mal tiempo conviene poner buena cara.

---

Mesa redonda coordinada  
por **Gonzalo San Segundo**  
*Director asociado*

---



La Bolsa es la angustia de los inversores. Los índices presentan tales desgarros que los modistos más arriesgados no se atreven a remendarlos. El Ibex, por ejemplo, está a nivel de hace cinco o seis años y con pronósticos de ir más abajo. Da vértigo asomarse a los índices. De los fondos de inversión ha salido y está saliendo mucho dinero, especialmente de los de renta variable. Y para este año, los expertos recomiendan no invertir en garantizados, inmobiliarios, monetarios y otros. Es decir, pozos sin fondo. De la fuga de dinero de los fondos continúan beneficiándose los depósitos bancarios, la estrella de la inversión en 2008. Aún se pueden encontrar rentabilidades en torno al 4-5 por ciento, aunque la tendencia, con el Euribor y los tipos de interés en descenso, es a la baja, hacia una remuneración menor. O sea, estrella que pierde brillo. ¿Y qué contar del mercado inmobiliario? Se encuentra literalmente abnegado por la falta de demanda y de exceso de oferta, con los precios prácticamente en caída libre. Algunos pronostican que este año bajarán hasta un 20 por ciento más.

Ante este panorama de pesimismo y negritud, donde el final del túnel aún no se divisa, los inversores buscan la seguridad de sus ahorros antes que la rentabilidad. Y la pregunta es: ¿hay algo por ahí donde ganar un euro tenien-

do a salvo el capital? Dicen que 2009, mientras escampa el temporal bursátil, es el año de la renta fija (deuda pública y bonos corporativos, por ejemplo). ¿Invierto en materias primas o hago "el primo" invirtiendo en materias primas? ¿Compro arte? ¿Qué arte y qué autores compro para no quedarme hecho un cuadro? ¿Me pego a los sellos o me pego con ellos?

Las preguntas, formuladas generalmente para un inversor tipo conservador y a un plazo medio de un año, podrían ser muchas más. Para responderlas, MEDICAL ECONOMICS organizó una mesa redonda en torno a la cual, moderados por José María Martínez y Gonzalo San Segundo, directores asociados de la revista, se sentaron Víctor Alvargonzález Jorissen, consejero delegado de Profim, empresa de asesoramiento financiero independiente, especializada en fondos de inversión; José Manuel García de Sola Arriaga, director general de Banco Banif, entidad especializada en gestión de patrimonios; Miguel Jiménez Sierra, gestor de Renta 4 Sociedad de Valores y Bolsa; Rafael Rubio Gómez-Caminero, director de *Mi cartera de inversión*, semanario especializado en el ahorro y la gestión del patrimonio de los particulares; y José Manuel Sánchez Rodríguez, director de Consultoría y Análisis de Knight Frank, consultora inmobiliaria internacional.

## RECOMENDACIONES DE LOS EXPERTOS

**DÓNDE INVERTIR.** Valores como BBVA, Santander, Telefónica, Iberdrola, Nokia, E.ON, General Electric, energías renovables, renta fija corporativa y deuda pública de alta calidad crediticia, plazas de garaje y viviendas nuevas con grandes descuentos en las zonas céntricas de las grandes capitales.

**DÓNDE NO INVERTIR.** Valores ligados al ciclo económico (sector del automóvil o medios de comunicación), fondos monetarios, estructurados y garantizados, renta fija gubernamental, materias primas (oro), deuda subordinada, acciones preferentes y mercado inmobiliario.

**CARTERA DE FONDOS.** 45 por ciento en renta fija privada de alta calidad crediticia, 20 por ciento en un fondo de renta fija pública en euros, 15 por ciento en un fondo que haga arbitraje de volatilidades, 10 por ciento en un fondo monetario en dólares y 10 por ciento en renta variable norteamericana.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Hay que invertir en tiempos de crisis como el actual o asegurarse el capital, es decir, los ahorros?*

**VÍCTOR ALVARGONZÁLEZ:** Sí, hay que invertir en tiempos de crisis porque en cualquier escenario de mercado hay activos, sectores o países que ganan dinero, lo vemos año tras año. El año pasado se ganó dinero en renta fija pública de alta calidad. Este año ganan los fondos que invierten en oro, los fondos de renta fija. Y activos de renta fija privada. El problema es identificarlos, saber hacia dónde va el dinero. El dinero es un poco como la materia, que ni se crea ni se destruye, sino que cambia de bolsillo, y tenemos que identificar, en la medida de lo posible, hacia dónde, va para por lo menos, intentar coger algo de todo esto.



**“Una cosa es que la economía vaya mal y otra es que una buena empresa no tenga capacidad crediticia”**

– Víctor Alvargonzález

**JOSÉ MANUEL GARCÍA DE SOLA:** Cuando se hace dinero es en los tiempos de crisis. Es verdad que si uno tiene algún tipo de enfermedad cardiovascular, no se le debería recomendar invertir en Bolsa, porque los valores liquidativos de los fondos o los valores de las acciones día a día te pueden dar un susto de muerte. Pero si tú eres una persona fría, ahora es cuando hay que invertir. Si se hace un pequeño análisis fundamental de algunos activos, por supuesto que se puede ganar dinero. A un año vista es complicado, pero desde luego hoy se puede invertir para ganar dinero ma-

ñana. Ahora mismo hay una desconfianza impresionante en el mercado. Y la solución a la desconfianza, con las medidas que se han tomado en todos los países del mundo, es cuestión de tiempo.

**VÍCTOR ALVARGONZÁLEZ:** Hay gente que, bien asesorada e informada, está invirtiendo. Por ejemplo, nosotros hemos lanzado la idea desde hace mucho tiempo de que los depósitos, con la bajada de los tipos de interés, iban a ir perdiendo rentabilidad y, en cambio, activos como la renta fija pública o privada de alta calidad se daban bien. Cuando tienes oportunidad de explicarlo, hay mucha gente que lo tiene en cuenta.

**JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ:** En el mercado inmobiliario hay dinero, pero el comprador espera a que bajen más los precios, tanto en el mercado residencial como en el de oficinas, y al vendedor no le gusta rebajar. La pregunta es: ¿cuándo dejarán de bajar los precios?

**RAFAEL RUBIO:** Lo primero que hay que hacer es situarnos en el momento. Es obvio que estamos en una crisis de extrema profundidad y en un ciclo bajista del mercado bursátil. Lo que ocurre, y esto es fundamental, es que se está produciendo un reajuste del valor de los activos financieros, de los inmobiliarios, de los activos empresariales, de todo. Estamos descubriendo que no todo valía lo que tenía que valer y esta crisis está poniendo las cosas en su sitio. Eso tiene una repercusión muy directa con el ahorro del inversor, porque está viendo que su patrimonio, según dónde lo sitúe, se va a ver más o menos reducido.

**MIGUEL JIMÉNEZ:** Coincido en que sí hay que invertir en tiempos de crisis. Quizá un año me parece un plazo un poquito corto pero, bueno, yo creo que sí. Y siempre dependiendo



Víctor Alvargonzález Jorissen  
**CONSEJERO  
DELEGADO  
DE PROFIM**

“El dinero ni se crea ni se destruye, sino que cambia de bolsillo, y tenemos que identificar, en la medida de lo posible, hacia dónde va para intentar coger algo de todo esto”.



José Manuel García de Sola  
**DIRECTOR GENERAL  
DE BANCO BANIF**

“En renta variable invertiría en el sector financiero español, pero no invertiría en valores ligados al ciclo económico, como el sector del automóvil o medios de comunicación”.

del perfil del cliente, lógicamente. Si hay un inversor muy conservador que no aguanta la volatilidad de la Bolsa, pues no tendrá que estar en Bolsa. ¿Por qué la gente no invierte? Es un tema de cultura. Y, con la que está cayendo, es complicado. Una puntualización: no es lo mismo la renta fija gubernamental que corporativa, la de las empresas, porque una está muy cara y la otra está muy barata.

**MEDICAL ECONOMICS:** *El consenso es unánime: hay que invertir en tiempos de crisis. Bien, ¿pero dónde? ¿En qué mercados o activos? O si se prefiere: ¿dónde no hay que invertir?*

**MIGUEL JIMÉNEZ:** Telefónica te da un dividendo confirmado del 7,5 por ciento, con un entorno de tipos de interés muy bajo (en Europa en el 1,5 por ciento) y que va a estar más bajo. Y no hay nadie que nos dé un 6 por ciento gratis. Telefónica puede valer menos, por supuesto, pero por lo menos tienes un 7,5 por ciento de dividendo este año. Un bono de renta fija corporativa, un bono de Telefónica que ha sacado a cinco años, ha salido con un 5 por ciento de interés. Y no creo que Telefónica tenga mucho riesgo de quebrar. Normalmente, el cliente más conservador se va a renta fija gubernamental, pensando que no puede perder. Ahí yo no invertiría, siendo muy conservador o poco conservador. En renta fija gubernamental habría que tener cuidado, porque la renta fija gubernamental también puede perder y eso la gente tiene que saberlo. Y en el mercado inmobiliario, a día de hoy, tampoco.

**RAFAEL RUBIO:** Al ahorrador y al inversor hay que decirles, en principio, que no inviertan en productos que no sean transparentes y comprensibles para ellos. Por ejemplo, yo no invertiría ahora en fondos estructurados, ni tampoco en garantizados. Y tendría mucho cui-

dado en la deuda subordinada y en las acciones preferentes. Esos cuatro productos llevan una letra pequeña peligrosísima, y en momentos de crisis lo más importante es que el ahorrador, el inversor, sepa dónde se mete, entienda perfectamente cuál es el riesgo.

**JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ:** El mercado inmobiliario es muy amplio. No es lo mismo España que Inglaterra, ni las oficinas que el residencial y, dentro de este segmento, según en qué sitio. Hoy por hoy, no recomiendo invertir en vivienda en general, pues la tendencia está clarísimamente a la baja. Además, están saliendo las rebajas de las entidades financieras en pago de las ejecuciones hipotecarias con descuentos del 20-30 por ciento, que van a hacer que ese mercado se ponga duro. En este mercado las operaciones, tanto de venta como de alquiler, hay que hacerlas a largo plazo. No buscaría plusvalías en el corto plazo. Para mí el corto plazo en inmobiliaria son dos años. Y me iría a Londres a comprar contratos de 20 años con rentas aseguradas de un 7 por ciento de rentabilidad. En España estamos ofreciendo cosas al 6 por ciento y a un plazo de cinco años. Si en algo hay que invertir ahora en este mercado, lo haría en plazas de garaje.

**JOSÉ MANUEL GARCÍA DE SOLA:** Pues yo invertiría en casi todo. En renta variable invertiría en el sector financiero español,



**“ Si uno tiene algún tipo de enfermedad cardiovascular, no se le debería recomendar invertir en Bolsa”**

– José Manuel García de Sola



Miguel Jiménez Sierra  
**GESTOR DE RENTA 4**

“Para invertir en Bolsa, hay que buscar compañías que tengan solidez financiera, que no estén muy expuestas al ciclo económico y que tengan muy diversificada su actividad”.



Rafael Rubio Gómez-Caminero  
**DIRECTOR DE ‘MI CARTERA DE INVERSIÓN’**

“Lo que ocurre, y esto es fundamental, es que se está produciendo un reajuste del valor de los activos financieros, de los inmobiliarios, de los activos empresariales, de todo”.

pero no invertiría en valores ligados al ciclo económico, como el sector del automóvil o medios de comunicación. En temas de materias primas, no invertiría a estos precios en oro, y sí en títulos ligados a los biocombustibles, porque los planes de Obama y de algunos países europeos van precisamente por el desarrollo de los biocombustibles. Y en cuanto a los depósitos bancarios, hay que mirar en qué entidades financieras se invierte, porque el sector financiero no está bien.

**VÍCTOR ALVARGONZÁLEZ:** No hay que invertir en fondos monetarios, porque su rentabilidad va a ser cero o negativa, dependiendo de la comisión de gestión; no hay que



Todos los participantes coincidieron en que siempre es aconsejable invertir en tiempos de crisis.

invertir en depósitos desde un punto de vista financiero, porque cada vez van a dar menos rentabilidad, especialmente los de algunas entidades por el riesgo de que esos ahorros entren en el Fondo de Garantía, donde sólo está garantizado el principal hasta un máximo de



José Manuel Sánchez Rodríguez  
DTOR. DE  
CONSULTORÍA  
Y ANÁLISIS DE  
KNIGHT FRANK

"No recomiendo invertir en el mercado residencial en general, pues la tendencia está clarísimamente a la baja".

100.000 euros. Los fondos garantizados son un contrato y depende de cuál sea la letra pequeña del mismo. Y respecto a los estructurados, pues depende también de lo que diga la letra pequeña, es decir, de lo transparentes que sean, que no haya trucos. Estos productos en esas condiciones pueden ser una situación muy buena para entrar en un mercado que no se sabe dónde tiene el suelo.

**MEDICAL ECONOMICS:** *Despejado ya el panorama, toca ahora abordar dónde se puede o hay que invertir, en qué productos, índices, países, etcétera.*

**VÍCTOR ALVARGONZÁLEZ:** Invertiría todavía durante un cierto tiempo (porque estamos de hecho en un proceso de desinflación que puede acabar en una auténtica deflación) en deuda pública de alta calidad, pues no es lo mismo la deuda que emite Alemania que la que emite Sri Lanka. Yo lo que recomiendo es renta fija de deuda pública en euros, y renta fija privada emitida por empresas de alta calidad crediticia, a ser posible no muy cíclicas, como energía, *utilities*—sobre todo eléctricas—, grandes empresas de telecomunicaciones también, negocios como la alimentación... Todo lo emitido por empresas especialmente no cíclicas me gusta. Creo que es una oportunidad, porque necesitan dinero y en algunos casos los bancos no se lo pueden dar. De alguna manera, el mundo de la inversión va a tomar ese papel de prestamista. Una cosa es que la economía vaya mal y haya una reducción del crédito y otra es que una buena empresa no tenga capacidad crediticia. Evitaría la deuda emitida por bancos. Lo ideal es que se invierta en estos productos a través de los fondos, porque llegas a donde quieras y, además, hay diversificación. Y no quiero hacer propaganda del fondo de inversión como producto. Y en tiempos de mucha volatilidad bursátil, como el que vivimos, invertiría en fondos que compran y venden volatilidades, es decir, que se aprovechan del río revuelto. También invertiría en fondos que hacen arbitraje de divisas. En lo referente a renta fija, sólo en países de la zona euro.

#### JOSÉ MANUEL GARCÍA DE SOLA:

En la parte de renta variable, en Banif estamos sobreponderados en Estados Unidos en un 15 por ciento, en Europa un 10 por ciento, en España otro tanto y lo mismo en países emergentes, básicamente Brasil. ¿En qué tipo de valores? Víctor lo ha comentado antes. Yo también

hablaría de vehículos de inversión, porque creo que aquel cliente que no tenga aversión al riesgo iría directamente a fondos que denominamos valor, que tienen empresas con balances y cuentas de resultados importantes, y algunos de ellos con altas rentabilidades por dividendo. O, si no, iría a la renta variable a través de fondos garantizados o estructurados garantizados. Esto para el inversor más conservador. Para el menos conservador compraría valores no ligados al ciclo económico. En la parte de renta fija invertiría en lo que denominamos deuda corporativa, por supuesto de alta calidad crediticia. Si estamos hablando de un año como escenario de inversión, me daría igual invertir en euros que en dólares, pero si tuviera que apostar por algo, apostaría por el dólar. Hay algunos instrumentos también para invertir en materias primas, como maíz o soja, y en metales no preciosos, como el cobre o el platino. Y dejaría otro tanto por ciento de mi cartera para los fondos de gestión alternativa. También me metería, si entendiera el producto, en *hedge funds*, a pesar de la mala prensa que tienen ahora mismo. De hecho, en los meses de enero y febrero pasados, los *hedge funds* vienen con rentabilidades positivas. El que un *hedge fund* en el mundo haya quebrado no inhabilita a ese activo.

**JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ:** No es que venga aquí, como Umbral, a hablar de mi libro, pero es el mercado inmobiliario el que domino. Yo sí invertiría en ladrillo, porque es ladrillo y eso quiere decir que existe, que es tangible, que es sencillo de entender, que no es un estructurado, que no es un *hedge fund*, o sea, es algo que yo puedo utilizar, donde yo puedo entrar, donde yo puedo meter a mi familia o donde yo puedo meter a mi empresa. No sé cuándo vamos a salir de la crisis, pero lo que sí os digo es que tengo claro que para un pequeño inversor, para un pequeño *pool* de inversores, los bienes de ladrillo son muy sencillos de entender y de manejar. ¿Y dónde metería el dinero? Hoy por hoy, estamos obteniendo en el sector terciario (locales comerciales y plazas de aparcamientos) unas rentabilidades del 7 por ciento anual más el IPC, que también hay que tenerlo en cuenta. Tenemos que ir a un plazo de 5-10 años. En inmobiliario no queremos ir al riesgo, sino a cosas más tranquilas, más seguras y que, hoy por hoy, si nos ofrecen un 7 por ciento, estamos seguros que en cinco o diez años eso va a pasar a una rentabilidad de un 4-5 por ciento, y vamos a poder vender ese in-

mueble en el mercado. Esa diferencia del siete al cinco es lo que vamos a sacar de plusvalía y es mucho dinero.



**“ Si en algo hay que invertir en el mercado inmobiliario, habría que hacerlo en plazas de garaje”**

– José Manuel Sánchez

**VÍCTOR ALVARGONZÁLEZ:** ¿Tú crees que la recesión económica no va a afectar a la ocupación de los locales comerciales? ¿No crees que no sólo puede haber locales que se queden vacíos, sino que puede haber renegociación de rentas?

**JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ:** Y bonificaciones de esas rentas. Efectivamente, estamos viendo que a principios de este año hay una caída de las visitas a los centros comerciales. Nosotros llevamos un millón de metros de superficie de alquiler en toda España y ha habido una caída de visitas importante, de más de un 20 por ciento. Las empresas no crecen, no demandan oficinas. El residencial es lo primero que ha caído y será el primero en levantarse. El residencial y el terciario siempre van a contrapíe uno de otro. El residencial, donde hemos calculado que hay unas 900.000 viviendas vacías en España, va a empezar a remontar en el momento en que los precios bajen y se dé crédito. A nosotros se nos está cayendo el 20 o el 30 por ciento de la gente que ha comprado y que ha firmado un contrato.

**RAFAEL RUBIO:** A mí me deja muy sorprendido cómo las entidades financieras, no todas, pero sí muchas, están vendiendo productos en medio de la crisis como si no hubiera crisis. Están vendiendo los mismos produc-



**“ A l ahorrador hay que decirle que no invierta en productos que no sean transparentes y comprensibles”**

– Rafael Rubio

tos y a mí me parece que eso es no aprender la lección. El otro hecho fundamental es que estamos desperdiciando y despreciando una variable que en toda inversión es fundamental, que es la inflación. Cuando nosotros decimos: es que este activo da muy poco dinero, ¿respecto a qué? ¿Qué es más, que nos dé un 8 por ciento con una inflación del 6 por ciento, y eso ha sido hace nada, o que nos dé un 3 por ciento con una inflación al 0,8 por ciento? Tenemos que cambiar un poco el *chip*. Con este pre-escenario, a mí me parece que en este momento lo idóneo y lo aconsejable para los ahorradores es invertir en renta fija corporativa de muy buena calidad y en deuda pública de alta calidad.

**MIGUEL JIMÉNEZ:** La renta fija corporativa, sobre todo para alguien bastante conservador, es lo mejor en estos momentos. Telefónica puede caerse de 14 a 10 euros, pero, que no te pague, es muy complicado. Y también, dependiendo de cómo sea el inversor, yo metería algo, directamente o mediante un fondo mixto, en Bolsa. Por ejemplo, un 10 por ciento del patrimonio no me parece mala opción meterlo en Bolsa a los precios actuales. Con la renta fija gubernamental tendría muchísimo cuidado, porque a corto plazo está dando relativamente poco y a diez años estamos en mínimos de los últimos 50 años.



**“ Invertir un 10 por ciento del patrimonio en Bolsa a los precios actuales no me parece una mala opción”**

– Miguel Jiménez

**MEDICAL ECONOMICS:** *Llegados a este punto del debate, ¿qué oportunidades de inversión concretas se presentan para un plazo de un año o algo más?*

**RAFAEL RUBIO:** Hasta ahora, yo me he colocado en una situación absolutamente conservadora. Pero, ante la pregunta tengo que decir que las oportunidades están en el mercado inmobiliario y en la renta variable. Pero el riesgo que supone invertir ahora en oportunidades, dada la situación del mercado, es excesivamente alto para el ahorrador

pequeño o mediano. Lo que tiene que hacer ahora es tratar de preservar al máximo su ahorro, pero con los ojos muy bien abiertos para que ese dinero que tiene lo movilice hacia el mercado de la renta variable, probablemente también una parte, si puede, al mercado inmobiliario. Todos coincidimos en que es en momentos de crisis cuando se dan las mejores oportunidades de inversión. Yo me fijo e insisto mucho en el termómetro del riesgo, y creo que en este momento hay mucha gente que no va a poder dormir muy bien si asume mucho riesgo.

**JOSÉ MANUEL GARCÍA DE SOLA:** Coincido con Rafael. Es un momento muy complicado, de riesgo máximo donde el cliente, al ver esas volatilidades, quiere máxima liquidez y mínimo riesgo, que es lo que está buscando ahora mismo. Alguien decía antes: ¿es o no es absurdo que la gente esté comprando deuda pública americana al 0 por ciento? Pues no, porque la gente quiere riesgo cero y la deuda pública es muy líquida, o sea, no estamos mirando rentabilidad. Pero comprar hoy BBVA, Santander o Telefónica, sólo la rentabilidad por dividendo, por encima del 8 por ciento, ya me da mucho más de lo que me dan las Letras del Tesoro. Además, dentro de uno o dos años esas acciones valdrán mucho más.

**RAFAEL RUBIO:** Ese discurso lo llevamos diciendo hace dos años. Tengo dos amigos que me pagan la comida durante un mes seguido porque les quité de meterse en un estructurado del BBVA a dos años que hubieran palmado, y decían lo que tú decías: al precio que está, el BBVA no puede bajar. Y claro que bajó.

**JOSÉ MANUEL GARCÍA DE SOLA:** Cuando las acciones del Santander estaban a 7 euros, me parecía un chollo. Y hoy están a 5 y me siguen pareciendo otro chollo. Y cuando estén a cuatro, si es que llegan a ese precio, me parecerá un chollo. Primero, porque el presidente, cuando ha dicho que va a dar dividendo, lo ha cumplido. Lo mismo diría del BBVA o de Telefónica. Y segundo, estamos en un momento de crisis y complicado en el que a todo el mundo le han puesto en el mismo saco, y creo que la banca española está a años luz de lo que está pasando en Estados Unidos y en algunos bancos europeos. Creo que dentro de dos años va a

subir. O sea, que voy a ganar pasta por rentabilidad por dividendo.

**MIGUEL JIMÉNEZ:** Oportunidades, dentro del Ibex, para un inversor conservador: BBVA, Santander, Telefónica, Iberdrola... Y en bolsa internacional también hay buenas oportunidades, desde Nokia, algo más sensible al ciclo, a una eléctrica alemana como puede ser EON. Y puedes tener un fondo de inversión que invierta en Bolsa, pero eso no es decir mucho. Siempre compañías con solidez financiera no muy expuestas al ciclo económico, y muy diversificadas en su actividad. En 2009, España pinta peor que casi cualquier área geográfica o cualquier país. Me atrevería a decir que la demanda doméstica de Europa pinta mejor que España, pero peor que el resto del mundo. Y si pensamos en alguien que no sea tan conservador, en la renta variable americana hay valores que se pueden tener, como General Electric, una compañía a la que le han pegado muchísimo en Bolsa. Siempre compañías muy saneadas, que no tengan problemas financieros.

**JOSÉ MANUEL GARCÍA DE SOLA:** En renta variable, básicamente coincido con la cartera que ha dicho Miguel. En renta fija es más complicado, porque hay que poner nombres y apellidos al fondo. Así es que lo sencillo es la renta fija corporativa europea. Y bonos de cualquiera de los valores que hemos mencionado y todo lo que sean bonos corporativos de sectores como el farmacéutico.

**MIGUEL JIMÉNEZ:** Inclusive alguna compañía cíclica, como Siemens.

**VÍCTOR ALVARGONZÁLEZ:** A un año y en porcentajes, ésta sería mi cartera de inversión en estos momentos para un inversor conservador normal: 20 por ciento en un fondo de renta fija pública de medio plazo (unos tres años) y en euros, que eso es importante. Un 45 por ciento en renta fija privada de alta calidad crediticia. Un 15 por ciento en un fondo que haga arbitraje de volatilidades, lo que recomiendo, aunque sé que suena un poco raro. Un 10 por ciento en un fondo monetario en dólares. Y otro 10 por ciento en renta variable norteamericana. Y una cartera para invertir a cinco años, para el mismo perfil de inversor, sería la siguiente: 30 por ciento en renta variable, que se repartiría, a par-

tes iguales, entre un fondo que invierta en China, otro fondo que invierta en biotecnología y otro que invierta en temas ecológicos, en temas verdes o relacionados con el medio ambiente; otro 40 por ciento en renta fija corporativa; un 20 por ciento en renta fija pública de mercados emergentes, y el resto en liquidez, o sea, en un fondo monetario. Creo



Los asistentes a la mesa redonda posan al término de la misma junto con los directores asociados Gonzalo San Segundo (izda.) y José María Martínez (dcha.).

que siempre que pasa una cosa de éstas y lo dice la mayoría es lo que menos se produce. En 1987, todo el mundo decía que esa crisis iba a ser larguísima y duró un año; la del 2000, todo el mundo dijo que iba a ser muy corta y duró tres años, y todos decimos que ésta, y yo lo mantengo, va a ser larga y nos puede sorprender. Y, por supuesto, las bolsas subirán mucho antes.

**JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ:** A mí me toca bailar con la más fea. Yo hoy invertiría en ladrillo, en viviendas nuevas con grandes descuentos. Las hay, muy pocas, en el mercado y hay que trabajárselas mucho, pero hay descuentos de hasta un 50 por ciento respecto al valor de hace dos años, y que estén en zonas *prime* absolutamente, zonas céntricas de las grandes capitales, nada de costas ni grandes desarrollos. Esas viviendas creo que no estarán más baratas entro de seis meses. La vivienda tiene un valor, que es el valor de la construcción, y no puede bajar más. Lo que puede desaparecer son los valores del suelo y los beneficios que se están buscando en la promoción. ■

# Plazos y atribución de ingresos

## Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany\*

### Tratamiento y tributación de las becas

*¿Qué tipos de becas están exentas de tributación?*

Las siguientes becas que sean públicas o concedidas por entidades sin fines lucrativos están exentas de tributación en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF): las percibidas para cursar estudios reglados, tanto en España como en el extranjero, en todos los niveles y grados del sistema educativo, y las concedidas para investigación y las otorgadas con fines de investigación a los funcionarios y demás personal al servicio de las Administraciones Públicas y al personal docente e investigador de las universidades.

### Exención para los premios científicos

*¿Qué premios literarios, artísticos o científicos están exentos del IRPF?*

Los premios que se concedan, sean en metálico o especie, a una o varias personas, sin contraprestación, en reconocimiento al valor de sus obras o al mérito de su actividad o labor. La exención debe reconocerse por Hacienda, pudiendo solicitar la misma la entidad convocante del premio o la persona premiada, en caso de premios convocados en el extranjero o por organizaciones internacionales.

También están exentos por mandato legal, es decir, sin que se precise declaración expresa de la Administración Tributaria, los premios "Príncipe de Asturias", en sus distintas modalidades, otorgados por la Fundación Príncipe de Asturias.

### Misiones de paz o humanitarias

*¿Qué gratificaciones satisfechas por el Estado pueden estar exentas?*

Están exentas las gratificaciones extraordinarias satisfechas por el Estado español por la participación en misiones internacionales de paz o humanitarias.

### Lotería, quinielas, cupón

*¿Qué premios de azar están exentos?*

Los premios de loterías y apuestas organizadas por la entidad pública empresarial Loterías y Apuestas del Estado, así como por los órganos o entidades de las comunidades autónomas están exentos. También lo están los sorteos organizados por la Cruz Roja Española y por la ONCE.

Hacienda considera que los premios de lotería organizados por otro Estado obtenidos por un residente en España deben tributar en España como ganancia patrimonial. Sin embargo, si ese otro Estado forma parte de la CEE y ese premio está exento en ese Estado, la obtención del mismo por un residente en España no debe gravarse, en aplicación del Derecho comunitario, tal como se ha considerado recientemente por nuestros Tribunales.

Por el contrario, sí deben tributar los premios obtenidos en bingos, casinos u otros establecimientos de juego u otros premios de lotería distintos de los mencionados. De hecho algunos de estos están sometidos a retención.

### Ingresos obtenidos en el extranjero

*¿Deben tributar los rendimientos del trabajo obtenidos en el extranjero?*

En principio sí, pero los primeros 60.100 euros anuales pueden considerarse exentos si el trabajo se realiza para una empresa no residente en España o una sucursal establecida en el extranjero, siempre que ese Estado no sea considerado como paraíso fiscal y además se aplique un impuesto de naturaleza análoga al IRPF.

Esta exención se aplica en los casos en los cuales se siga siendo residente en España. Por ejemplo, si un médico va a trabajar unos meses a un hospital de otro país no deberá incluir en el IRPF las rentas obtenidas en ese otro país mientras no superen el límite mencionado, ese país no sea un paraíso fiscal y tenga un impuesto análogo al IRPF.

» Están exentas las gratificaciones extraordinarias satisfechas por el Estado español por la participación en misiones internacionales de paz o humanitarias.

» Se ha ampliado hasta el 31 de diciembre de 2010 el plazo de materialización de los importes depositados en cuentas vivienda.

## Disolución de la sociedad de gananciales

*¿Se debe tributar por la disolución de la sociedad de gananciales?*

Se considera que no existen plusvalías por la disolución de la sociedad de gananciales o en la extinción del régimen económico matrimonial de participación. Tampoco en el caso de disolución de comunidades de bienes o de división de la cosa común. Sin embargo, no podrán actualizarse los valores de los bienes o derechos recibidos.

Así, en el caso de separación de un matrimonio casado en gananciales que ostenta la propiedad de un consultorio médico y de la vivienda habitual, no tributará la adjudicación a cada uno de ellos del 100 por cien de uno de estos bienes. Ahora bien, si posteriormente venden alguno de los inmuebles que se les adjudican, para calcular la ganancia patrimonial su valor de adquisición a efectos fiscales será el inicial de adquisición por la sociedad de gananciales y no por el cual se ha valorado a efectos de reparto.

## Reducción en opciones sobre acciones

*¿Cuándo puedo aplicar la reducción del 40 por ciento por irregularidad si ejercito opciones sobre acciones entregadas por mi empleadora?*

Podré aplicar la reducción si ha transcurrido un plazo de dos años desde que me las concedieron, y no me conceden opciones todos los años. Así el directivo de un laboratorio que ejercitó opciones sobre acciones en 2008 podrá aplicar la reducción prevista si se le concedieron esas opciones en 2006 o con anterioridad. Anteriormente, se exigía que las opciones sólo pudiesen ejercitarse una vez transcurridos dos años desde su concesión. La ley se ha modificado para que lo relevante sea la fecha de ejercicio, no el inicio del plazo de ejercicio. Dado que esta modificación proviene de la anulación del precepto anterior por el Tribunal Supremo se aplicará al ejercicio 2008 y a los anteriores no prescritos.

## Ampliación del plazo de la cuenta vivienda

*¿Qué pasa si en 2008 se han cumplido cuatro años desde que abrí mi cuenta vivienda y no he podido adquirir mi vivienda habitual?*

Se ha ampliado hasta el 31 de diciembre de 2010 el plazo de materialización de los importes depositados en cuentas vivienda. Esta ampliación es aplicable a aquellas cuentas abiertas en los años 2004, 2005 y 2006 cuyo vencimiento a los cuatro años se produzca antes del 31 de diciembre de 2010. Pero las cantidades adicionales que depositemos en la cuenta vivienda una vez pasados los cuatro años no darán derecho a deducción por inversión en vivienda habitual. En todo caso, la inversión en vivienda debe efectuarse antes del 31 de diciembre de 2010, de no producirse, el titular de la cuenta deberá devolver la deducción que se haya aplicado desde su apertura, con los intereses de demora correspondientes.

## Venta de la vivienda para comprar otra nueva

*¿Y si compré una vivienda nueva y no he podido vender la anterior? ¿Deberé tributar cuando consiga venderla?*

La Ley del IRPF considera exentas las ganancias patrimoniales obtenidas por la transmisión de la vivienda habitual del contribuyente, siempre que el importe total obtenido en la venta se reinvierta en un plazo de dos años, anteriores o posteriores, en la adquisición de una nueva vivienda habitual. En el caso de que la compra de la nueva vivienda se haya efectuado de manera previa a la venta de la antigua, se ha ampliado dos años más el plazo para efectuar esta venta y poder aplicar la exención de la ganancia patrimonial obtenida. Esta ampliación del plazo es aplicable a los supuestos en los que las viviendas se hayan adquirido en los años 2006, 2007 ó 2008, debiéndose proceder a la venta de la antigua vivienda con anterioridad al 31 de diciembre de 2010. La vivienda transmitida no perderá su condición de habitual a estos efectos si nos hemos trasladado ya a la nueva vivienda adquirida. ■

# FORO CIENTIFICO SEXOLOGIA INTEGRAL

Valencia, 12 y 13 de Junio de 2009

## PROGRAMA AVANZADO

### Viernes tarde, 12 de junio de 2009

#### 17.30 Conferencia inaugural:

"El rompecabezas de la sexualidad"

**José Antonio Marina**

Catedrático de Filosofía, ensayista y escritor.  
Premio Nacional de Ensayo.

#### 18.30-21.00 MESA CIENTÍFICA: SEXUALIDAD EN LA MEDIANA EDAD

**Moderador: Antonio Casaubón Alcaraz**

Psicólogo, sexólogo (Motril, Granada). Tesorero  
Junta Directiva de la Federación Latinoamericana  
de Sexología (FLASSES) y Presidente de AEES.

**Sexualidad en la mediana edad desde  
la perspectiva de género**

**María Lameiras Fernández**

Profesora Titular. Universidad de Vigo. Facultad  
de Ciencias de la Educación.

**Sexualidad masculina:** a propósito de la  
andropenia

**José Luis Arrondo Arrondo**

Médico Andrólogo. Unidad de Andrología del  
Servicio de Urología. Hospital de Navarra.

**Sexualidad femenina:** menopausia

**Francisco Donat Colomer**

Ginecólogo. Centro de Salud Sexual y Reproductiva  
del Centro de Salud Fuente San Luis, Valencia.  
Catedrático Escuela Universitaria de Enfermería.  
Universidad de Valencia.

**Sexualidad en las parejas de mediana  
edad**

**José Cáceres Carrasco**

Psicólogo Clínico. Centro de Orientación Familiar  
de Pamplona. Servicio Navarro de Salud. Profesor  
de la Universidad de Deusto (Bilbao).

**La disfunción eréctil:** disfunción en el hombre  
de mediana edad. Un tratamiento integrado

**Ramón González Correales**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Experto en Sexología. Centro de Salud  
Ciudad-Real II.

**El deseo sexual inhibido:** la disfunción más  
frecuente en la mujer

**Marta Arasanz Roche**

Psicóloga Clínica y Sexóloga. Profesora de  
Sexualidad Humana. Escuela Universitaria de  
Enfermería Sant Joan de Deu (Barcelona).

**Debate**

### Sábado mañana, 13 de junio de 2009

#### 9.30-11.30 MESA CIENTÍFICA:

**LA TRANSEXUALIDAD: UN ABORDAJE  
MULTIDISCIPLINAR**

**Moderadora: Mercedes Pons Esteve**

Médica. Jefa del Servicio del Plan del SIDA  
de la Comunidad Valenciana.

**La evaluación diagnóstica y el abordaje  
psicológico de la transexualidad**

**Felipe Hurtado Murillo**

Psicólogo Clínico y Sexólogo. Centro de Salud  
Fuente San Luis. Agencia Valenciana de Salud.  
Unidad Multidisciplinar de Atención Integral  
a las Personas Transexuales.

**Terapia hormonal en los trastornos  
de la identidad sexual**

**Marcelino Gómez Balaguer**

Endocrinólogo. Hospital Doctor Peset de Valencia.  
Unidad Multidisciplinar de Atención Integral a las  
Personas Transexuales.

**Cirugía de reasignación sexual**

**Iván Mañero Vázquez**

Cirujano plástico, estético y reparador. Clínica  
Mediterránea (Barcelona).

**Aspectos legales de la transexualidad**

**Carlos Díez Lirio**

Fiscal. Fiscalía Provincial. Ciudad de la Justicia  
(Valencia).

**Debate**

#### 11.30 Café

#### 12.00-14.00 MESA CIENTÍFICA: LOS DELITOS SEXUALES: UN ABORDAJE INTEGRAL

**Moderadora: Adriana Rey Anastasi**

Psicóloga Clínica Forense. Unidad de Psicología  
Forense del Instituto de Medicina Legal. Consejería  
de Justicia y Administraciones Públicas de la  
Comunidad Valenciana.

**Programas terapéuticos dentro  
de la institución penitenciaria.**

**Fernando Esparza Morera**

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Equipo  
Terapéutico de la Prisión de Picassent (Valencia).



**Sábado tarde, 13 de junio de 2009**

**Terapias biológicas para agresores sexuales**

**José Díaz Morfa**

*Psiquiatra-Psicoterapeuta. Presidente de la Asociación Española de Sexología Clínica. Académico permanente y Coordinador de la AISM. Consultor de la World Psychiatric Association (Madrid).*

**Aspectos forenses de la violencia sexual.**

**Purificación Beltrán Aleu**

*Forense. Instituto de Medicina Legal. Ciudad de la Justicia (Valencia).*

**Aspectos legales en el ámbito de la violencia sexual y de género.**

**Susana Gisbert Grifo**

*Fiscal Especialista en Violencia de Género. Ciudad de la Justicia (Valencia).*

**Debate**

**14.00 Comida de trabajo**

**16.30-18.30 MESA DE COMUNICACIONES LIBRES**

**Moderadora: Olatz Gómez Llorens**

*Psicóloga Clínica. Sexóloga práctica privada. Profesora Asociada de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.*

**18.30-20.00 TALLER PRÁCTICO DE INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

**Moderador: Carlos San Martín Blanco**

*Médico. Sexólogo. Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud (CIPSA) de Santander. Presidente de la Asociación Española para la Promoción Integral de la Salud Sexual (APISS).*

*Actores de la empresa Inter Actuar 2001 de Barcelona. Teatro de empresa interactivo sobre la violencia de género.*

**20.00 Acto de clausura**

**COMITÉ ORGANIZADOR**

**Felipe Hurtado Murillo**  
*Presidente*

Ramón González Correales  
María Lameiras Fernández  
Froilán Sánchez Sánchez  
Elena Villalva Quintana

**COMITÉ CIENTÍFICO**

**Carlos San Martín Blanco**  
*Presidente*

Francisco Cabello Santamaría  
Antonio Casaubón Alcaraz  
José Díaz Morfa  
Olatz Gómez Llorens

**Con la colaboración de:**



AES



FLASSES



AESC



APISS

Secretaría Técnica

**DRUG FARMA**  
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º • 28041 Madrid  
Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75

**Información e inscripción**  
[www.sexologiaintegral.es](http://www.sexologiaintegral.es)

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO

Por favor, envíe este boletín debidamente cumplimentado y con letras mayúsculas a la Secretaría Técnica (Drug Farma Congresos, S.L.).

Fecha límite de admisión de boletines en la Secretaría: 7 de junio de 2009.  
A partir de esa fecha, las inscripciones se realizarán en la sede del Congreso.

### DATOS PERSONALES

Apellidos ..... Nombre .....  
Dirección ..... C. P. ....  
Localidad ..... Provincia .....  
NIF ..... Teléfono ..... E-mail .....  
(Imprescindible para información relacionada con el Congreso)

### CUOTAS

1) CONGRESO	GENERAL	MIR/ESTUDIANTES
Hasta 31/03/09	250 €	150 €
Desde 01/04/09	290 €	175 €

● La cuota de inscripción del congresista incluye la asistencia a actos científicos, cafés, comida de trabajo y cena-cóctel de inauguración del 12 de junio de 2009.

2) CENA OPCIONAL día 13 de junio de 2009: 65 €

3) ALOJAMIENTO	DUI	DUD
Hotel Barceló Valencia	164 €	187 €
Hotel Beatriz Rey Don Jaime	107 €	180 €

● Previa confirmación de disponibilidad con Secretaría.

### LIQUIDACIÓN

1) .....  
2) .....  
3) .....  
TOTAL .....€

### FORMAS DE PAGO

- Transferencia bancaria a favor de Drug Farma Congresos, S.L. en la cuenta de La Caixa: 2100 1745 51 0200104753
- Cheque bancario a favor de Drug Farma Congresos, S.L.

### DATOS PARA LA FACTURA

En caso de precisar factura, por favor, cumplimente los siguientes datos:

Nombre y apellidos o razón social .....  
Dirección ..... C. P. ....  
Localidad ..... Provincia .....  
Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....  
CIF/NIF .....

### NOTAS IMPORTANTES

- Todos los precios tienen IVA incluido.
- ES IMPRESCINDIBLE LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS SOLICITADOS. No se aceptará ningún boletín que no esté debidamente cumplimentado en todos sus apartados.
- En caso de cancelación de inscripciones y/o cenas opcionales, no se devolverán las cuotas; solamente se permitirán cambios de nombre.
- Los gastos en caso de cancelación de alojamiento serán: del 50% antes del 31 de marzo de 2009 y del 100% a partir del 1 de abril de 2009.
- Para formalizar la inscripción y/o reserva (previa confirmación de disponibilidad), es imprescindible remitir el boletín debidamente cumplimentado junto con el resguardo de pago a la Secretaría Técnica.

De conformidad a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la cumplimentación de este formulario, Ud. consiente de modo expreso en la incorporación de sus datos en un fichero automatizado de DRUG FARMA CONGRESOS, S.L. cuya finalidad es el desarrollo de las gestiones propias como Secretaría Técnica del Foro, así como informarle sobre temas de ámbito científico, profesional, sanitario y/o farmacéutico que puedan resultar de su interés tanto de DRUG FARMA CONGRESOS, S.L., como del resto del grupo del Grupo Drug Farma (Spanish Publishers Associates, S.L.; Prodrug Multimedia, S.L.; Drug Farma, S.L.). Ud. tiene los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta certificada remitida a DRUG FARMA CONGRESOS, S.L.: c/ Antonio López, 249-1º, 28041 Madrid.

# Cultura

## MATERIAL DIDÁCTICO

### "Conoce y actúa", un DVD que ayuda a pacientes y familiares a convivir con el Parkinson

**D**esde el conocimiento de que la información y la actitud proactiva son las mejores armas para afrontar de forma efectiva la enfermedad, la Federación Española de Parkinson (FEP) presenta el DVD "Conoce y actúa. Programa de ayuda para las personas afectadas por la enfermedad de Parkinson", obra divulgativa patrocinada por Boehringer Ingelheim, y realizada por Prodrug Multimedia.

Conocer los síntomas y repercusiones de la enfermedad de Parkinson, sus formas de evolución, las cuestiones más relevantes sobre su tratamiento, las terapias de apoyo, o los recursos y actividades que los propios afectados pueden desarrollar en el día a día, sin duda suponen un paso positivo y determinante en la lucha por avanzar hacia una cada vez mejor calidad de vida de estos pacientes. En este sentido, el DVD "Conoce y actúa", que cuenta con el aval de la Sociedad Española de Neurología y de la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas, ofrece la respuesta de los expertos a las cuestiones más relevantes para el mejor conocimiento de la enfermedad. Sus contenidos han sido diseñados de forma que facilitan la participación activa en el cuidado de la enfermedad y contribuyen a hacer la vida diaria más fácil a estos pacientes, bien a través de consejos para el desarrollo de las actividades cotidianas o bien como guía para la realización de ejercicios.

La obra ha sido elaborada por un equipo multidisciplinar de especialistas que a diario trabajan con pacientes afectados de Parkinson y que por tanto conocen de primera mano sus inquietudes y necesidades. Han colaborado en la misma especialistas en neurología, enfermería, fisioterapia, logopedia y psicología, con cuyas aportaciones se ha conseguido un enfoque integrado en el manejo del paciente que resulta de gran valor y ayuda para la vida diaria del propio paciente y sus familiares.



## LIBROS

### Las voluntades anticipadas en España, a examen

**L**a Fundación Salud 2000, entidad sin ánimo de lucro financiada por la compañía química farmacéutica alemana Merck, amplía su colección Bioética y Derecho Sanitario con la publicación de la obra Instrucciones previas en España. Aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos, un libro que aborda la problemática de la interpretación del testamento vital a nivel estatal y autonómico con un enfoque científico, bioético y jurídico. La obra ha sido coordinada por los juristas Javier Sánchez-Caro, director del área de Bioética y Derecho Sanitario de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, y Fernando Abellán, director de Derecho Sanitario Asesores.



**Título:** Instrucciones previas en España. Aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos.  
**Coordinadores:** Javier Sánchez-Caro y Fernando Abellán.  
**Edita:** Fundación Salud 2000.  
256 páginas.

## TEATRO

### El ritmo de Bollywood llega a España

**E**l musical "Bollywood-The Show", en el que una cuarentena de bailarines, músicos y actores rinden homenaje a la cinematografía que se hace en Bombay, llega a España. El argumento está inspirado en hechos reales y se basa en la historia de una de las dinastías más famosas del cine de la India: la familia Merchant. El espectáculo incluye en su repertorio algunos de los mejores temas de A.R. Rahman, compositor y productor indio premiado con dos Óscar por Slumdog Millionaire. El musical estará en la cartelera barcelonesa del Teatro Tívoli hasta el 25 de abril. En Madrid se verá por primera vez en el Nuevo Alcalá, del 28 de mayo al 25 de junio.



# Internet

## En primaria y secundaria las TIC no entran en clase

Sección patrocinada por  
 Web de I@  
**MUJER**

**L**os alumnos españoles van muy por delante de sus profesores y sus padres en el uso de las Tecnologías de la Información, y reconocen que emplean el ordenador y la conexión a Internet para relacionarse con la comunidad virtual (redes sociales) y, en menor medida, como herramienta de consulta. Un estudio realizado por Fundación Telefónica confirma el diagnóstico de los jóvenes españoles: sólo



Los alumnos españoles van muy por delante de sus profesores y sus padres en el uso de las Tecnologías de la Información.

el 27 por ciento de los centros docentes de primaria y secundaria cuentan con ordenadores en las aulas.

El trabajo estadístico tiene gran fiabilidad, porque el universo de la muestra ha sido de 800 centros, y pone de relieve el potencial instrumental de la

red escolar española. Nada menos que el 95 por ciento de los centros dispone de conexión de banda ancha (era el 92 por ciento en 2007), y el 70 por ciento dispone de aulas específicas para la aplicación de las nuevas tecnologías a la docencia.

El problema parece estar en la incapacidad de los profesores para incorporarse a la Cultura del Conocimiento, y el resultado es que dos de cada tres docentes confiesan su inoperancia para promover o supervisar trabajos usando las nuevas tecnologías.

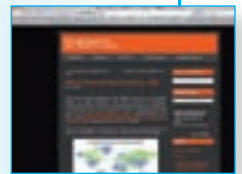
Las Asociaciones de Madres y Padres (Ampas) pueden tener un papel dinamizador en la incorporación de la tecnología digital a la enseñanza, y por ello la Fundación Telefónica ha suscrito un acuerdo con la Concapa y la Universidad Pontificia de Salamanca para poner en marcha el primer Máster en Familias, Educación y TIC que se imparte en España.

Se trata de un título de postgrado, eminentemente práctico, dirigido a las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (Ampas) de España e Iberoamérica para que promuevan las TIC en el ámbito familiar-educativo. ■

### Millones de habitantes

Muchas veces nos encontramos con la duda de cuántos habitantes coexistimos en el planeta Tierra. Puedes dar respuesta a tus dudas aquí.

<http://www.geographos.com/BLOGRAPHOS/?p=60>



### Todo en coches 2009

Desde la Fórmula-1, pasando por los rallies y los eventos más importantes en el mundo del motor se recogen en la web oficial de la FIA con vistas al presente año 2009: campeonatos, récords incluso las regulaciones correspondientes a cada deporte.

<http://www.fia.com/en-GB/Pages/HomePage.aspx>



## CIBERCONSEJOS

### ADSL más barato para todos

**L**a plataforma 'Por un ADSL más barato' presentó en la sede del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio más de 275.000 firmas recogidas para pedir al Gobierno que rebaje incondicionalmente el precio del ADSL, en función del nivel de vida en España. Por otro lado, solicitan una velocidad de bajada y subida que permita acceder en igualdad de condiciones al resto de países europeos.

### Los gendarmes del ciberespacio

**L**a ley contra la piratería en Internet comienza a discutirse en la Asamblea Nacional en Francia, pero algunos diputados del partido gubernamental (UMP) comparten con la oposición socialista, con proveedores de Internet y con asociaciones de consumidores, la sensación de que el texto abusa en las medidas represivas y se inhibe de la prevención.

# Avances en Sanidad y Dependencia en Extremadura



Suscríbase a las mejores publicaciones periódicas para los profesionales de la salud

## Publicaciones

Precio\*

	Números	Instituciones	Profesional
<input type="radio"/> Allergy	6	101 €	69 €
<input type="radio"/> Gerokomos	4	68 €	47 €
<input type="radio"/> Medicina y Seguridad del Trabajo	6	120 €	80 €
<input type="radio"/> Medical Economics	20	140 €	113 €
<input type="radio"/> Seminars in Oncology	6	97 €	65 €
<input type="radio"/> Sexología Integral	4	68 €	47 €
<input type="radio"/> JADA - Edición Española	6	97 €	65 €
<input type="radio"/> Dental Practice	10	100 €	70 €
<input type="radio"/> DPM	4	30 €	30 €

\* Para el precio de suscripción fuera de España consultar con el departamento de suscripciones.

Nombre y Apellidos:  Cif/NIF:

Dirección:

Población:

Provincia:  C.P.:

Especialidad:

Teléfono:  Fax:  Móvil:

E-mail:

## Forma de pago

- Cheque adjunto nº  a nombre de Spanish Publishers Associates  
Banco/Caja:
- Transferencia a la C/C: 2100 1745 54 0200065096 de Spanish Publishers Associates

**S.P.A.**

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Edificio Vértice - Antonio López 249 1º / Telf.: 91 500 20 77 - Fax: 91 500 20 75 / 28041 - MADRID  
www.drugfarma.com - spa@drugfarma.com

De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos de que los datos que nos facilita, necesarios para la correcta gestión de su suscripción a nuestras revistas, serán incluidos en un fichero automatizado de Spanish Publishers Associates, S.L. - Vd, tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta remitida a Spanish Publishers Associates, S.L., C/ Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid.



**Biblioteca Pública**  
**Jesús Delgado Valhondo**  
Avenida de la Libertad, s/n  
Mérida, 14 de abril de 2009

Organizado por

**Medical Economics**

**JUNTA DE EXTREMADURA**  
Consejería de Sanidad y Dependencia

Con la colaboración de



Inscripción: se ruega confirmación de asistencia.  
Srta. Rosana Sánchez  
Tel.: 91 500 20 77 - info@medeco.es.com

# Golf



I Torneo Solidario Chefs & Golf Copa Maserati

## Golf 'con fundamento'

El equipo del Restaurante Goizeko, campeón de esta primera edición en La Moraleja a beneficio de la Fundación Codespa.

Jesús Santos, el chef de Goizeko-Wellington y jugador de golf, ejerció de capitán y ha llevado a la victoria a su equipo, que también estaba formado por José Rodríguez Tarín, director del hotel Wellington; su hermano Jesús, y Fernando Herrezuelo. Lo más concurrido y animado de la jornada fue el torneo que disputaron los cocineros en el *putting-green* de La Moraleja, en el que alguno, como Martín Berasategui, terminó utilizando una paletilla de jamón de Guijuelo para embocar la bola. Los cocineros han disfrutado como niños haciendo sus pinitos en el golf (la mayoría nunca habían cogido un palo), haciendo las delicias del público.

Tenían que jugar nueve hoyos y comenzaron enfrentándose cara a cara en la primera eliminatoria: Dani García vs Pedro Subijana, Xavier Pellicer vs Paco Roncero, Martín Berasategui vs Gerhard Schwaiger... Accedieron a la semifinal Nando Juvany, que ganó a Gerard Schwaiger, y Quique Dacosta, que venció a Xavier Pellicer.

La final estuvo muy reñida y fue jaleara por todos los participantes. Se retaban Quique Dacosta y Nando Juvany y fueron muy igualados hasta el último momento, pero la "suerte del principiante" se decantó del lado del cocinero catalán. Nando y su mujer montaron hace 13 años el restaurante Can Juvany cerca de Vic (Barcelona): "Somos la tercera generación, mi mujer trabaja conmigo y disfrutamos mucho con lo que hacemos. Me ha encantado participar en esta idea y cuando me la propusieron enseguida dije que sí, porque me di cuenta de que se hacía con mucha ilusión. Los cocineros somos muy solidarios y esta idea me cautivó. Había cogido un par de veces los palos de golf, no más, pero me he fijado en que había que tirar a acercarse al hoyo pero no al centro a meterla, ¡y he conseguido ganar!".

La fiesta del I Torneo Solidario Chefs & Golf-Copa Maserati, concluyó en el hotel Wellington con una cena-subasta servida por El Espacio

Gastronómico Fundación Wellington, que presentaron Javier Librero del Hotel Wellington, Jesús Santos de Goizeko Wellington, y Ricardo



Los cocineros participantes en una foto de familia con mucho "fundamento".

Sanz de Kabuki Wellington. La recaudación de la subasta, conducida por Silvia Jato, se destinó a financiar el proyecto de la Fundación Codespa en la ciudad de Goma, en El Congo, donde se ocupan de atender a 305 familias. ■

## Gheisa Golf Cup 2009

La Gheisa Golf Cup 2009 arranca en su VII edición con varias novedades. El circuito recorre este año nuevos campos nacionales como Sojuela en La Rioja o La Torre Golf en Murcia, así como campos internacionales de Lisboa, Carcassonne y Burdeos, en Francia. En total, está compuesto por siete pruebas clasificatorias que tendrán lugar entre el 15 de mayo y el 8 de septiembre: tres internacionales, tres gastronómicas y una ruta golf & spa. Además, los ganadores de las pruebas clasificatorias podrán obtener el acceso directo a la final sin necesidad de pasar por una semifinal, y se mantienen otras opciones de acceso a la final a través del premio Top Ten Ranking y de las Pruebas Especiales paralelas al circuito. Todos los jugadores del circuito participan directamente en el *Top Ten Ranking*, una forma de ganar el acceso a la final donde el jugador puede convertir su participación en puntos. Para participar en este premio el jugador debe situarse entre los diez primeros del ranking de participación de la Gheisa Golf Cup 2009.

# medical finders

“de médico a médico”



Primera consultora española especializada  
en búsqueda y selección de médicos  
altamente cualificados

¿Está dispuesto a mejorar?

[www.medicalfinders.es](http://www.medicalfinders.es)

nuevo

SALVA  
SKIN

ÁCIDOS GRASOS HIPOXIGENADOS  
CON SILICONA. TRATAN LA PIEL  
CON LA SUAVIDAD DE UNA SEDA

SALVASKINoil

ESPECIAL ZONAS DELICADAS  
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKINmilk

ESPECIAL EXTREMIDADES  
INFERIORES



- EXCELENTE EXTENSIBILIDAD
- EXCELENTE ABSORCIÓN
- OLOR NEUTRO
- NO DEJAN RESIDUOS ACEITOSOS

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

S  
SALVAT